

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ORIENTAÇÃO TEÓRICA E EXPERIÊNCIA CLÍNICA
DOS PSICOTERAPEUTAS: PERSPECTIVAS
RELATIVAS A COMPONENTES ESTRATÉGICOS E
TÁCTICOS DO PROCESSO TERAPÊUTICO**

Francisca Capela Martins Féria

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ORIENTAÇÃO TEÓRICA E EXPERIÊNCIA CLÍNICA
DOS PSICOTERAPEUTAS: PERSPECTIVAS
RELATIVAS A COMPONENTES ESTRATÉGICOS E
TÁCTICOS DO PROCESSO TERAPÊUTICO**

Francisca Capela Martins Féria

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António José dos Santos Branco Vasco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

Agradecimentos

Agradeço sinceramente:

Ao Professor Doutor António Branco Vasco, pelo desafio constante, pela partilha de conhecimentos, pelo seu sentido de humor, pela sua calma e regulação do meu *stress* nas horas mais complicadas.

Aos meus pais, pelo apoio inexplicável que só os pais sabem dar, pela paciência para me ouvirem quando eu ficava insuportável e pela coragem que sempre me incutiram.

À minha irmã, pelos momentos de diversão, pelos serões de trabalho, por ser um escape dentro da nossa casa.

Às *FacFriends*, as amigas da faculdade, pelos 5 anos de momentos incríveis que passámos juntas.

À I, pelas conversas, por me ouvir sempre, por estar sempre do meu lado, pela força que me deu todos os dias.

Ao M, pela sua genuinidade, pela paciência e apoio constante, pela capacidade de me fazer distrair e pela sua dedicação.

Ao Projecto de voluntariado de Verão que fiz em Cabo Verde, pela aprendizagem de novas competências de gestão de *stress* e pela calma que aprendi a viver.

À M, pela ajuda ao se ter transformado no meu corrector de erros na recta final quando a minha vista e a minha cabeça já não funcionavam a 100%.

Ao M, à R e à J pela ajuda e ensinamentos sobre estatística.

Aos participantes do estudo que dispensaram o seu tempo contribuindo para esta investigação. Sem a sua ajuda esta tese nunca seria realizada.

A pensar em si, avô.

Resumo

A forma de pensar, tomar decisões e intervir ao longo de um processo terapêutico varia consoante as características pessoais dos clínicos. Ao longo do tempo tem sido notada uma influência considerável das variáveis dos terapeutas, tanto no processo como nos resultados terapêuticos.

Enquadrado conceptualmente no Meta-modelo Integrativo de Complementaridade Paradigmática, o presente estudo tem como objectivo estudar as representações dos psicoterapeutas relativamente a componentes estratégicos e táticos do processo terapêutico, visto que, estas representações se acabam por reflectir na prática clínica.

O estudo, de carácter quantitativo, contou com uma amostra de 22 psicoterapeutas ou psicólogos clínicos portugueses que exercem no momento da participação prática clínica em terapia individual. Realizaram-se comparações entre terapeutas em relação a duas variáveis pessoais: a orientação teórica pela qual guiam a prática clínica e a experiência profissional.

A análise revelou-se consistente com o que anteriormente foi proposto por Goldfried (1980) - a nível estratégico é possível encontrar semelhanças entre as diferentes orientações teóricas mas a nível tático as semelhanças vão sendo cada vez menores e as diferenças sobressaem muito mais. A nível da comparação entre terapeutas mais e menos experientes os resultados obtidos não permitiram tirar conclusões suficientemente consistentes.

Este estudo veio reforçar a evidência já acumulada em torno do componente sequencial 7 fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática, confirmando a sua validade e utilidade no processo terapêutico.

Palavras-chave: Estratégias Gerais; Táticas; Complementaridade Paradigmática; Psicoterapia Integrativa; Sequenciação; Orientação Teórica; Experiência Clínica.

Abstract

Therapists' Theoretical Orientation and Clinical Experience: perceptions about strategic and tactical components of the therapeutical process.

The way of thinking, taking decisions and intervene along a therapeutical process can variate depending in the individual characteristics of each patient. Along times these distinct ways have become a heavier influence both in the process and therapeutical results.

As part of the Paradigmatic Complementarity Model, this investigation find its main goal studying the perception therapists have about the strategic and tactical components of the therapeutical process as these perceptions end up having an effect in the clinical practice.

This quantitative investigation has a sample of 22 Portuguese psychotherapists or clinical psychologists professionally active in individual clinic therapy at the time of this investigation. Comparisons were made between these therapists considering 2 personal variables: theoretical orientation and clinical experience.

The analysis was consistent with Goldfried's previous proposal (1980) – in the strategic level it is possible to find resemblances between different theoretical orientations, however, in the practical level these resemblances tend to be fewer and fewer as the divergences arise. Regarding the comparison of therapists with more experience and therapists with less experience the results did not allow the investigation to find robust conclusions.

This investigation reinforces the evidences accumulated around the sequential component of the Paradigmatic Complementarity Model, this way confirming its validity and usefulness in the therapeutical process.

Key-words: General Strategies; Tactics; Paradigmatic Complementarity Model; Integrative Psychotherapy; Sequencing; Theoretical Orientation; Clinical Experience.

Índice

Introdução	1
1. Revisão de Literatura.....	3
1.1. Investigação e Prática em Psicoterapia e Importância de Estudar as Variáveis dos Terapeutas	3
1.2. Níveis de Abstracção	4
1.3. Responsividade Fase-a-fase	6
1.4. Modelos de Fases	8
1.5. Componente Sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática - Modelo das 7 Fases	11
1.6. Orientação Teórica e Experiência Clínica dos Psicoterapeutas	13
1.6.1. Orientação Teórica	13
1.6.2. Experiência Clínica.....	15
1.6.3. Orientação Teórica e Experiência Clínica	16
1.7. Apresentação do Estudo: Objectivos e Questões de Investigação.....	17
2. Metodologia.....	20
2.1. Objectivos e Natureza do Estudo.....	20
2.2. Obtenção, Selecção e Caraterização da Amostra.....	20
2.3. Instrumentos.....	23
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico	24
2.3.2. Questionário de Perspectivas em relação às Fases do Processo Terapêutico (QPFPT)	25
2.3.3. Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT).....	25
2.3.4. Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE).....	26
2.3.5. Escala de Enquadramento na Fase (EEF).....	27
2.3.6. Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)	28
2.4. Procedimento de Recolha de Dados	29

3.	Análise de Resultados.....	31
3.1.	Metodologia.....	31
3.2.	Análise de Resultados.....	31
4.	Discussão e Conclusões.....	45
5.	Referências Bibliográficas.....	53

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Caracterização da amostra</i>	23
Quadro 2. <i>Itens constituintes das subescalas do Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos</i>	26
Quadro 3. <i>Consistência Interna do Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos</i>	27
Quadro 4. <i>Consistência Interna das subescalas do Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)</i>	28
Quadro 5. <i>Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico</i>	32
Quadro 6. <i>Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI)</i>	33
Quadro 7. <i>Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico dos dois grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)</i>	34
Quadro 8. <i>Média e desvio padrão da forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico</i>	35
Quadro 9. <i>Média e desvio padrão da forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo dos diferentes grupos (OTP, OTCC e OTI)</i>	37
Quadro 10. <i>Média, desvio padrão e diferenças estatisticamente significativas dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) no que diz respeito à relevância de promover os objectivos estratégicos de cada fase</i>	39
Quadro 11. <i>Média e desvio padrão da relevância de promover os objectivos estratégicos dos dois grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)</i>	40
Quadro 12. <i>Distribuição das respostas dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) por grupo de orientação teórica relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos</i>	43

Anexos

ANEXO A – *Componente sequencial de 7 fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática*

ANEXO B – *Questionário Sócio-Demográfico*

ANEXO C – *Questionário de Perspectivas em relação às Fases do Processo Terapêutico (QPFPT)*

ANEXO D – *Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT)*

ANEXO E – *Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE)*

ANEXO F – *Escala de Enquadramento na Fase (EEF)*

ANEXO G - *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) - Adaptado*

ANEXO H - *Itens constituintes das subescalas do Multitheoretical List of Therapeutic Interventions*

ANEXO I – *Apresentação do estudo*

ANEXO J - *Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico*

ANEXO L - *Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico*

ANEXO M - *Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico*

ANEXO N - *Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico*

ANEXO O - *Média e desvio padrão da relevância de promover os objectivos estratégicos*

ANEXO P - *Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas*

ANEXO Q - *Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas*

ANEXO R - Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

ANEXO S - Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

Introdução

Ao longo dos tempos tem-se vindo a constatar que as variáveis dos terapeutas têm uma influência considerável tanto no processo como nos resultados terapêuticos. Surge, desta forma, a necessidade de estudar as representações dos terapeutas em relação ao processo terapêutico, uma vez que estas representações se acabam por reflectir na prática clínica.

A presente investigação tem como enquadramento conceptual o Modelo de Complementaridade Paradigmática, mais especificamente a componente sequencial proposta pelo mesmo. Este modelo trata-se de um meta-modelo integrativo que faz uso, de forma sequencial e/ou complementar, de instrumentos de avaliação e conceptualização e de intervenções originários de diferentes orientações teóricas (a saber: cognitivo-comportamentais, de traço, relacionais, dinâmicos e experienciais) com o objectivo de otimizar a eficácia das intervenções. Pela componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática entende-se que o processo terapêutico é composto por sete fases, e que essas fases devem determinar a sequência de objectivos estratégicos a promover: (1) Confiança, motivação, e estruturação da relação; (2) Ampliação da consciência da experiência e do *Self*; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; (4) Regulação da responsabilidade; (5) Implementação de acções reparadoras; (6) Consolidação da mudança; e (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída. Cada fase é composta por um conjunto de cinco objectivos estratégicos específicos que definem o trabalho a ser feito em cada uma delas.

O estudo, de carácter quantitativo, tem como objectivo uma análise relativa à perspectiva dos psicoterapeutas em relação a componentes estratégicos e táticos do processo terapêutico. Por componentes estratégicos entendem-se as estratégias gerais (fases), situadas a um nível intermédio de abstracção, onde existe a possibilidade de encontrar um consenso significativo entre as várias abordagens terapêuticas; e por componentes táticos entendem-se as técnicas terapêuticas e os procedimentos clínicos, situados a um nível mais baixo de abstracção (Goldfried, 1980).

As variáveis dos terapeutas escolhidas para este estudo são: a orientação teórica pela qual guiam a prática clínica e a experiência profissional. Considera-se relevante examinar a perspectiva dos terapeutas de forma a poder compreender melhor o trabalho terapêutico e obter pistas para a sua optimização, resultando numa maior taxa de sucessos futuros.

Para alcançar os objectivos propostos foi aplicado um conjunto de questionários e escalas a uma amostra de psicoterapeutas (ou psicólogos clínicos portugueses que estejam a exercer, no momento da participação, prática clínica em terapia individual), seguindo um critério de conveniência. O Questionário de Perspectivas em Relação às Fases e a Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico permitiram tirar conclusões sobre a perspectiva dos terapeutas em relação às fases do processo terapêutico. Por sua vez, o Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos e a Escala de Enquadramento na Fase estão relacionadas com os objectivos estratégicos específicos de cada fase – que permitiram fazer uma análise mais detalhada no que toca aos objectivos estratégicos de cada fase. Por fim, o *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (adaptado) - sobre técnicas e procedimentos específicos que ajudam a promover os objectivos estratégicos - possibilitou um estudo em relação à forma como os terapeutas promovem e atingem os objectivos estratégicos a que se propõem trabalhar com o paciente.

A análise de resultados foi realizada através de estatística descritiva e estatística inferencial. O software estatístico utilizado foi o *IBM SPSS Statistics v.22*.

1. Revisão de Literatura

1.1. Investigação e Prática em Psicoterapia e Importância de Estudar as Variáveis dos Terapeutas

Em psicoterapia, os resultados da investigação são considerados fonte de informação a ter em conta, para além de outros elementos, no processo de tomada de decisão clínica (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Safran et al., 2011).

Ao longo do tempo, na investigação em psicoterapia, tem-se vindo a procurar uma aproximação entre ciência e prática. Foi neste sentido que as investigações acerca do processo de terapia, que permitem aceder aos mecanismos subjacentes à mudança terapêutica, têm sido estimuladas de forma a complementar as investigações acerca dos resultados psicoterapêuticos. As segundas, ou seja, as investigações acerca da eficácia da psicoterapia, acabam por fornecer menos informação em relação ao processo e, consequentemente, à tomada de decisão terapêutica. A investigação acerca do processo psicoterapêutico torna-se informativa e útil à prática clínica, tomando em consideração a sua relevância para guiar o trabalho dos psicoterapeutas, visto que é o conhecimento do processo de mudança que permite a promoção do mesmo (Lambert, 2013; Luz, 2014; Safran et al., 2011).

O presente estudo não se vai centrar nem na investigação sobre o processo terapêutico nem na investigação acerca dos resultados terapêuticos. O estudo centrar-se-á na análise das representações dos terapeutas em relação ao processo terapêutico, uma vez que estas representações se acabam por reflectir na prática clínica.

Pelo facto de a presente investigação se concentrar no estudo dos terapeutas, é importante ter noção de que os psicoterapeutas estão a tornar-se cada vez mais numerosos e diversificados (Lambert, 2013). Cada vez mais se investigam as variáveis dos terapeutas visto que se tem vindo a considerar que estas variáveis têm uma influência considerável tanto no processo como nos resultados terapêuticos (Sundland & Barker, 1962; Vasco & Dryden, 1994; Vasco, Silva, & Chambel, 2001). Partindo do princípio que só se explica 60% da variância dos resultados terapêuticos, Norcross e Lambert (2011) estimam que as variáveis do terapeuta são responsáveis por aproximadamente 7% da variância. Sendo a restante variância explicada pelas variáveis do paciente (30%), pela relação terapêutica (12%), pelo tratamento específico (8%), e por outros factores (3%). As diferenças entre terapeutas podem ter um impacto substancial no sucesso (ou falha) da intervenção terapêutica (Baldwin & Imel, 2013). Por exemplo, numa amostra de 2930 portugueses

que estão ou estiveram em processo psicoterapêutico, é verificado que 76,4% dos pacientes recomendariam o seu psicólogo/psicoterapeuta a terceiros. Os autores deste estudo afirmam que o facto de haver um grande número de pessoas a recomendar o seu psicoterapeuta se deve, pelo menos parcialmente, às características pessoais do psicoterapeuta (Vasco, Santos, & Silva, 2003).

Ao longo dos anos de investigação tem sido analisada a influência de certas características dos terapeutas - incluindo idade, sexo, género, etnia, treino e experiência profissional, valores e atitudes, estilo interpessoal do terapeuta, directividade, tarefas de trabalho em terapia (como os trabalhos para casa), interpretações terapêuticas, padrões de personalidade e *coping*, dominância, aliança terapêutica, entre outras - no processo terapêutico, como é exemplo o estudo de Beutler et al. (2004).

No presente estudo as características pessoais dos terapeutas que vão obter uma maior atenção serão: a orientação teórica segundo a qual os terapeutas regem a sua prática clínica e a experiência profissional.

1.2. Níveis de Abstracção

Existem diversas correntes teóricas em psicoterapia, e a rivalidade entre elas nunca foi desconhecida. A partir dos anos 80 surge um interesse na integração de terapias, com o objectivo de aumentar a eficácia, a eficiência e a aplicabilidade terapêutica, conseguindo ver para além dos limites das teorias individuais e das técnicas restritas que estão tradicionalmente associadas com as teorias originais (Norcross & Newman, 1992).

Goldfried (1980) propõe que a procura por semelhanças entre as diferentes orientações teóricas que guiam a psicoterapia se poderá tornar mais acessível se forem considerados diferentes níveis de abstracção do que se pode observar directamente no processo terapêutico. Podem ser então considerados três diferentes níveis de abstracção.

Um nível mais alto, onde se insere a teoria. Neste nível a teoria explica como e quando é que a mudança tem lugar. Podemos ainda considerar um nível superior a este, onde se inserem as visões filosóficas do mundo.

O conceito de visão do mundo parece ser particularmente importante na arena terapêutica, já que influencia aquilo que cada indivíduo vai considerar como conhecimento válido (Vasco, Silva, & Chambel, 2001). Diferentes visões do mundo influenciam as conceptualizações e atribuições causais de diferentes orientações teóricas, salientando a potencial importância de todas elas, utilizadas de modo complementar, para capturar a complexidade dos processos terapêuticos. De um modo geral e a título de

curiosidade podemos considerar as seguintes visões do mundo: a um nível ontológico existe o formismo, o mecanicismo, o organicismo e o contextualismo; e a um nível epistemológico pode-se considerar o empirismo, o racionalismo e o metaforismo (Vasco, 2001).

É improvável encontrar semelhanças entre orientações teóricas tanto a nível teórico como a nível filosófico; pelo contrário, um grande número de diferenças podem ser encontradas a estes níveis no âmbito das orientações psicanalíticas, comportamentais e humanísticas (Goldfried, 1980). Estas diferenças serão analisadas posteriormente nesta exposição.

A um nível mais baixo de abstracção encontram-se as técnicas terapêuticas e os procedimentos clínicos aplicados durante as intervenções (Goldfried, 1980). As técnicas, segundo Harper e Bruce-Sanford (1981), são ferramentas ou métodos que são implementados pelos terapeutas para facilitar a eficácia da terapia ou a mudança positiva de comportamento dos pacientes. Embora algumas semelhanças possam ser observadas no âmbito das técnicas específicas (e.g., técnicas de *role-play* e treino de relaxamento) é improvável que estas comparações revelem muito mais do que pontos triviais de semelhanças (Goldfried, 1980).

É a um nível intermédio de abstracção que existe a possibilidade de encontrar um consenso significativo entre as várias abordagens terapêuticas. Neste nível, que se situa entre a teoria e a técnica, encontram-se as estratégias clínicas ou objectivos estratégicos (Goldfried, 1980). Estas estratégias funcionam como heurísticas clínicas que implicitamente guiam as decisões clínicas dos psicoterapeutas.

Torna-se relevante neste momento clarificar o conceito de *objectivos estratégicos*, também podendo ser denominados por estratégias clínicas ou estratégias gerais.

Como já havia sido referido anteriormente, objectivos estratégicos estão situados a um nível intermédio de abstracção onde a integração é mais viável, isto é, onde se encontram semelhanças significativas entre as diferentes escolas de terapia (Goldfried & Wolfe, 1998; Goldfried, 1980).

Estratégias gerais ou objectivos estratégicos são processos mentais do terapeuta que influenciam a escolha da direcção a tomar nas intervenções e tarefas, que são escolhidas em função da conceptualização de caso; é importante perceber que não podem ser considerados como técnicas e intervenções (Conceição, 2005).

De forma a ajudar a esclarecer, pensando numa lógica de “sempre” e “se-então”, podem considerar-se os objectivos estratégicos como uma condição de “sempre” e, por sua vez, a forma de os promover e de os atingir como uma condição “se-então”.

Os objectivos estratégicos tratam-se de uma condição “sempre”, isto é, verificam-se em todas as situações terapêuticas (apesar de poder haver excepções, e.g., na intervenção em crise). Mesmo que estes objectivos se possam parcialmente sobrepor, possam variar em duração, ou ser cíclicos (movimentos de avanço e recuo) a terapia deveria sempre proceder respeitando a sequência temporal de objectivos estratégicos (Vasco, 2006). Então, resumidamente, os objectivos estratégicos estão “pré-determinados” num processo terapêutico.

Por sua vez, a forma de promover e atingir estes objectivos é uma condição “se-então”, isto é, as intervenções dependem da constatação da presença de determinadas características ou marcadores do paciente (Vasco, 2006). Ou seja, a forma de promover estes objectivos terá de ser feita de uma forma responsiva, de acordo com as necessidades, competências e características do paciente, que será o próximo tema a ser analisado nesta revisão de literatura.

1.3.Responsividade Fase-a-fase

Stiles (1998) afirma que a interacção humana é por si só responsiva. O autor acaba por aplicar o mesmo conceito à psicoterapia. Ou seja, ao sugerir que a psicoterapia é responsiva, o autor quer dizer que o processo emerge à medida que o tratamento prossegue, ao invés de ser completamente planeado com antecedência. Assim, não há dois pacientes que passem por processos terapêuticos idênticos, bem como na interacção humana duas conversas não irão ser idênticas também

O trabalho do terapeuta é seguir um processo de intervenção que seja apropriado aos problemas do paciente, utilizar uma estratégia que seja adequada às capacidades do paciente, e intervir com técnicas que sejam apropriados ao estado actual do paciente. O terapeuta deverá então reconhecer as dificuldades e os recursos do paciente e deve ter ambos em conta na intervenção terapêutica (Stiles, 1998). A responsividade terapêutica é, na sua essência, a resposta a marcadores (características, necessidades e competências) pessoais dos pacientes.

É importante considerar a este ponto o conceito de responsividade fase-a-fase. Ao longo processo terapêutico, para além de ser importante considerar a responsividade a nível dos objectivos estratégicos, como já havia sido referido anteriormente, é também

relevante considerar a responsividade no sentido de promover predominantemente objectivos estratégicos de uma determinada fase, em detrimento de outros, no sentido de respeitar uma sequência de fases do processo. Pode-se então considerar a responsividade fase-a-fase como um mapa sequencial, isto é, ter em conta que existem grandes dimensões de trabalho terapêutico que devem seguir-se a outras grandes dimensões de trabalho terapêutico, independentemente dos conteúdos e temas específicos de cada caso (Conceição, 2010).

Então, o processo terapêutico deve progredir ao longo de uma dimensão temporal, numa sequência de fases do processo terapêutico, de maneira a que tenha em conta certos marcadores (presentes ou ausentes) nos seus pacientes, que aumentem a probabilidade de esta sequência estar a ocorrer de forma responsiva (Conceição, 2005; Stiles, 1998; Vasco & Conceição, 2003). Apesar de estar subentendido, nunca é demais referir que é importante ter em conta que as características, competências e necessidades dos pacientes não são estáticas. Surge uma necessidade de avaliações ao longo do processo, tendo em conta que as necessidades de trabalho do paciente podem ser diferentes em momentos diferentes da terapia (Ferreira, Conceição, & Vasco, 2011). Então, existem diferentes momentos em terapia que exigem diferentes intervenções, de acordo com as necessidades dos pacientes. A identificação de marcadores a vários níveis de análise pode ser de grande importância para aumentar o potencial de responsividade dos terapeutas podendo estes indicar de forma rápida e eficaz o funcionamento da experiência psicológica do paciente sugerindo processos de mudança ou operações terapêuticas adequadas ao momento. Estes marcadores tornam-se úteis pois permitem informar e guiar a tomada de decisão ao longo do processo terapêutico (Conceição, 2005; Gonçalves & Vasco, 2001; Simões, 2012).

Então, resumidamente, e articulando com a definição de objectivos estratégicos apresentada anteriormente, a ideia geral é de que num processo terapêutico existe uma sequência temporal de fases, isto é, uma sequência pré-determinada de objectivos estratégicos. O terapeuta recorre a técnicas e formas de comunicação potencialmente reparadoras de forma a promover estes mesmos objectivos. Quando o paciente os assimila, o terapeuta segue para a promoção do próximo conjunto de objectivos estratégicos (i.e., a próxima fase), mas se o paciente tem mais dificuldades em assimilá-los o terapeuta continua a promovê-los até o paciente os atingir. Esta responsividade é feita através de sinais dos pacientes, aos quais podemos chamar de marcadores.

De forma a terminar o tema da responsividade não quero deixar de mencionar uma metáfora que me faz bastante sentido e que torna claro este ponto central da psicoterapia,

referida por Gonçalves e Vasco (2001). O processo terapêutico pode ser visto como uma dança que envolve dois personagens principais: o terapeuta e o paciente. O entendimento que se estabelece entre ambos (aliança terapêutica) vai ser responsável por uma parte significativa da harmonia dessa dança (componente artística), contudo a técnica, o treino e a coreografia não podem ser negligenciados. Segundo Vasco (1994) a psicoterapia é “uma actividade que se pretende eminentemente artística, baseada num conhecimento que se pretende eminentemente científico” (p.139). A cada momento da dança que é a psicoterapia, os elementos do par corrigem-se e ajustam-se, umas vezes mais de acordo com a coreografia, outras mais viradas para o improviso, num processo cheio de microdecisões que, parecendo insignificantes no momento, se revelam fundamentais para o efeito final. Na dança, a dimensão “tempo” é fundamental (Gonçalves & Vasco, 2001).

1.4.Modelos de Fases

Recorrendo ao conceito referido anteriormente: “sequência temporal de fases do processo terapêutico” é importante salientar a convicção de Vasco (2006) que acredita que esta sequência acaba por ser um ponto comum entre as diferentes escolas de terapia. Todos os modelos, implícita ou explicitamente, recorrem a um mapa de sequência terapêutica, que se guia com base em objectivos estratégicos sequenciais e que contribui para o processo de tomada de decisão.

Para além das fases da terapia encontradas em todos os modelos terapêuticos, que, como já foi referido, podem ser mais ou menos explícitas é importante realçar que diferentes orientações sublinham diferentes objectivos estratégicos (Vasco, 2006).

Vasco (2006) sugere uma divisão dos Modelos de Fases em dois grupos. O primeiro grupo é constituído pelos modelos de estádios baseados nos objectivos estratégicos do terapeuta e o segundo é constituído pelos modelos de estádios baseados nas características dos pacientes e marcadores terapêuticos. Estes grupos devem ser considerados como complementares e não como grupos mutuamente exclusivos.

Nos modelos do primeiro grupo a terapia é baseada em intervenções estruturadas por uma sequência temporal de objectivos estratégicos, não fazendo referência à forma como esses objectivos são alcançados (Vasco, 2006). De um modo geral, de forma a contextualizar, indico de seguida alguns modelos que se inserem neste grupo: Beitman (1987): (1) relacionamento, (2) identificação de padrões, (3) modificação de padrões, (4) término; Howard et al. (1993): (1) remoralização, (2) remediação, (3) reabilitação; Benjamin (1993, 2003): (1) colaboração, (2) aprendizagem de padrões, (3) bloquear

padrões, (4) aumentar a motivação para a mudança, (5) aprendizagem de novos padrões; e Meier e Bovin (1998): (1) definição do problema, (2) exploração/clarificação, (3) tomada de consciência/insight, (4) motivação/decisão, (5) experimentação/acção, (6) integração/consolidação, (7) término.

O segundo grupo de modelos, baseados nas características dos pacientes e nos marcadores terapêuticos, engloba os modelos que assentam na noção de que a terapia se deve reger mediante adopção de intervenções estruturadas numa sequência temporal relacionada com “estados” psicológicos do paciente quer a um nível macro (o “todo” da terapia) quer a um nível micro (relacionado com os segmentos da terapia) (Vasco, 2006). A nível macro pode-se referir, por exemplo, o modelo de Stiles et al. (1991): (1) fora da consciência, (2) pensamentos indesejados, (3) emergência, (4) clarificação do problema, (5) insight, (6) aplicação, (7) solução do problema, (8) mestria; e de Prochaska e Norcross (2002): (1) pré-contemplação, (2) contemplação, (3) preparação, (4) acção, (5) manutenção, (6) término. A nível micro temos, por exemplo, o modelo de Greenberg et al. (1993): seis sequências temporais dependentes de seis “marcadores emocionais” diferentes; e o modelo de Safran e Murran (2000): duas sequências temporais diferentes dependentes de dois “marcadores de rupturas na aliança”.

Resumidamente, e recorrendo aos conceitos anteriormente mencionados – “sempre” e “se-então” – podemos considerar os modelos do primeiro grupo uma condição “sempre”, visto que o mais importante é respeitar a sequência dos objectivos estratégicos que já estão pré-determinados dependendo do modelo que serve de base para a terapia. E, por sua vez, podemos considerar os modelos do segundo grupo uma condição “se-então” visto que, ao contrário do grupo anterior, nestes modelos as intervenções dependem da constatação da presença de determinadas características ou marcadores do paciente.

Considero relevante, aqui, fazer uma análise geral das *vantagens e limitações dos Modelos de Fases*.

Um dos modelos de fases mais conhecido citado na literatura é o Modelo Transteórico, da autoria dos investigadores Prochaska e DiClemente. Este modelo defende que a mudança comportamental ocorre numa sequência de 5 estádios: (1) pré-contemplação; (2) contemplação; (3) preparação; (4) acção e (5) manutenção (Littell & Girvin, 2002). São verificadas vantagens e limitações deste modelo que devem ser mencionadas, visto que se aplicam à maioria dos modelos de fases existentes.

Começando pelas vantagens, este modelo é um facilitador da prática clínica visto que é usado para guiar intervenções e determinar quem recebe determinado tratamento,

oferecendo formas úteis para pensar como é que as pessoas crescem e mudam (Littell & Girvin, 2002). O valor heurístico dos modelos de fases é então uma vantagem a ser considerada. Também no estudo de Norcross, Krebs e Prochaska (2011) este modelo foi sugerido como sendo útil para conceptualizar e guiar as mudanças que ocorrem em psicoterapia.

Podem ser referidas mais vantagens dos Modelos de Fases baseando-nos noutros Modelos.

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas de Stiles (2002) oferece uma forma de compreender e acompanhar necessidades emergentes dos pacientes que podem, então, ser utilizadas para sugerir a adequação de tratamentos, estratégias, táticas e intervenções específicas apropriadas. A ideia base é que uma resposta terapêutica apropriada é aquela que vai ao encontro das necessidades específicas do paciente naquele estágio de assimilação e o ajuda a progredir para o estágio seguinte, numa zona de desenvolvimento proximal. Ao ter conhecimento das necessidades dos pacientes, específicas de cada estágio, o terapeuta é guiado de forma a fazer uma escolha de intervenções apropriadas.

O mesmo é verificado no Modelo de Greenberg et al. (1993) denominado Modelo de Terapia Processo-Experiencial. Aqui, a conceptualização de caso é um processo momento-a-momento, orientado por marcadores, que envolve um reconhecimento contínuo da experiência imediata do paciente e uma tomada de decisão de como proceder da melhor forma. De maneira a ajudar os pacientes a processar a sua experiência, os terapeutas prestam atenção a uma variedade de diferentes marcadores a diferentes níveis de experiência do paciente. Estes marcadores são afirmações ou comportamentos do paciente, que alertam o terapeuta para vários aspectos do funcionamento do paciente que possam requerer atenção.

É ainda verificada a utilidade dos estádios de mudança na previsão de importantes medidas de resultados de tratamento, como o alívio dos sintomas, o abandono prematuro, e a aliança de trabalho (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). O terapeuta, ao ter a capacidade de identificar o estágio em que o paciente se encontra quando inicia a terapia, pode adaptar a intervenção tanto ao nível de motivação do paciente, como ao seu interesse e iniciativa para mudar o comportamento (Freeman & Dolan, 2001). A nível de terapia e manutenção dos seus resultados é ainda importante referir que todas as teorias de estádios sugerem que a resolução bem-sucedida de uma etapa geralmente traz consigo a expectativa de que o indivíduo adquiriu certas competências de *coping* que podem ser

utilizadas nos encontros com outras fases posteriores ou crises ao longo da vida (Freeman & Dolan, 2001).

Pensando agora em termos de limitações dos modelos de estádios. Na análise do modelo transteórico, é referido o facto de o modelo simplificar muito a complexidade da mudança comportamental ao impor categorias artificiais num processo contínuo. Associada à anterior, também se sugere que o modelo de estádios se pode tornar bastante reducionista e pode obscurecer uma melhor compreensão dos constructos subjacentes, das relações entre eles e a sua importância relativa em esforços de mudança. Outra limitação que é referida em relação aos modelos de fases é a subjectividade da avaliação dos estádios, podendo afectar a sua validade (Littell & Girvin, 2002). Estas limitações aplicam-se evidentemente a todos os modelos de estádios.

1.5. Componente Sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática

- Modelo das 7 Fases

Depois de introduzir alguns modelos de fases e de apresentar vantagens e limitações inerentes aos mesmos torna-se essencial expor o modelo base do estudo - o Modelo das 7 fases - sendo este a componente sequencial do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática.

É importante antes de mais referir que o Modelo de Complementaridade Paradigmática é um meta-modelo integrativo com um potencial de integração entre modelos. Isto é, trata-se de um modelo integrativo que articula conceitos cognitivo-comportamentais, de traço, relacionais, dinâmicos e experienciais. A complementaridade paradigmática consiste então num guia para a conceptualização e tomada de decisão clínicas, que faz uso, de forma sequencial e/ou complementar, de instrumentos de avaliação, de conceptualização e de intervenções originários de diferentes orientações teóricas (e “visões do mundo”) com o objectivo de otimizar a eficácia das intervenções (Gonçalves & Vasco, 2001; Vasco, 2001).

De acordo com o Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática podem ser consideradas 4 grandes categorias de representação do território terapêutico: “o estar”, “o quê”, “o como” e “o quando”. Desta forma, segundo Vasco e Conceição (2004), os princípios gerais de mudança terapêutica e os factores comuns (o “quê” da terapia) devem ser traduzidos em operações terapêuticas específicas, dentro de um contexto relacional igualmente específico (o “estar” em terapia), mediante a “conceptualização do paciente e

do problema” (o “quê” mais o “como” da terapia), ao longo de uma sequência temporal de fases que devem estruturar os objectivos estratégicos (o “quando” da terapia).

Nesta fase da revisão de literatura vamos focar-nos principalmente no “quando” da terapia, enquanto uma sequência de fases do processo terapêutico.

Um processo terapêutico implica mudança; esta mudança reflecte um processo que envolve uma progressão através de uma série de estádios. Cada estádio designa um ponto na dimensão temporal que representa quando ocorrem mudanças particulares no paciente ou no processo psicoterapêutico (Conceição, 2005).

Segundo Conceição (2005), esta sequência temporal de fases tem um grande potencial para guiar a tomada de decisão clínica, tendo em conta que realça o facto de que diferentes processos de mudança, bem como diferentes intervenções terapêuticas, serão apropriados em diversas fases do processo terapêutico.

É neste sentido que é sugerida a componente sequencial de fases inserida no Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática.

Esta componente situa-se no nível intermédio de abstracção, no qual a sequência temporal se refere a categorias, dimensões ou fases, definidas em termos de objectivos estratégicos a serem predominantemente promovidos pelo terapeuta (Conceição, 2005).

É então proposto um modelo de sete fases do processo psicoterapêutico, em que cada fase é definida como uma categoria supra-ordenada de estratégias gerais ou de objectivos estratégicos (Vasco, 2001).

Assim, pela componente “fases” do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Gonçalves & Vasco, 2001; Vasco, 2001) entende-se que o processo terapêutico é composto por sete fases, e que essas fases devem determinar a sequência de objectivos estratégicos a promover: (1) Confiança, motivação, e estruturação da relação; (2) Ampliação da consciência da experiência e do *Self*; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; (4) Regulação da responsabilidade; (5) Implementação de acções reparadoras; (6) Consolidação da mudança; e (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída. Cada fase é composta por cinco de objectivos estratégicos específicos que definem o trabalho a ser feito em cada uma delas (Anexo A).

Trabalhar na lógica de saber que objectivos estratégicos sequenciais temos de promover para alcançar as conquistas terapêuticas desejadas, e saber quando o fazer (i.e., o terapeuta tem de ter em conta os marcadores do paciente referidos previamente nesta exposição), contribui para uma responsividade fase-a-fase e, contribui também para estudar, segundo Conceição (2005) “*que* processos de mudança promovidos pelo

terapeuta podem ajudar a edificar *que* mecanismos de mudança *num* paciente, que por sua vez, podem ajudar o terapeuta a implementar novos processos de mudança *nesse* paciente, e assim sucessivamente, contribuindo para os resultados terapêuticos” (p. 79). Concluindo, a componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática sustenta que é importante integrar a promoção das estratégias gerais por parte terapeuta com a capacidade do paciente para processar essas intervenções (Conceição, 2005, 2010; Ferreira, 2015).

1.6.Orientação Teórica e Experiência Clínica dos Psicoterapeutas

Como já foi referido as duas variáveis pessoais dos terapeutas nas quais este estudo vai incidir são: a orientação teórica na qual baseiam a sua prática terapêutica e a sua experiência clínica.

1.6.1. Orientação Teórica

A prática clínica em psicoterapia pode ser bastante variada. Os psicoterapeutas, ao longo da sua experiência pessoal, identificam-se com certas perspectivas teóricas e tendem a orientar a sua prática terapêutica através das mesmas (Cravo & Moleiro, 2011; Vasco, Santos, & Silva, 2003). Num estudo de Prochaska e Norcross (1983) foi questionado aos terapeutas se a sua orientação teórica influencia a sua prática terapêutica - mais de 95% da amostra acredita que sim, com 43.1% a referir que a sua orientação influencia a sua prática frequentemente e 52.5% acreditando que a sua orientação influencia sempre a sua prática.

Em Portugal, a orientação teórica mais frequente é a cognitivo-comportamental (30.2%), seguida, de perto, pela analítica-psicodinâmica (29.1%). Cerca de 18% dos terapeutas identificam-se como integrativos. Um menor número de terapeutas menciona ser sistémico (11.5%) e humanista (11%). (Vasco, 2008; Vasco, Santos, & Silva 2003).

Como já foi referido anteriormente existem vários modelos teóricos nos quais os psicoterapeutas baseiam a sua prática clínica, e, consoante os modelos teóricos utilizados, a forma de pensar e de intervir será diferente.

Neste ponto do trabalho irei abordar o tema das Orientações Teóricas dos Psicoterapeutas, visto que se torna essencial considerá-las na medida em que esta variável parece influenciar as atitudes e crenças dos terapeutas no que diz respeito à sua prática (Peterson & Bradley, 1980).

Segundo o estudo de Vasco e Dryden (1994) as características pessoais dos terapeutas, tal como filosofia pessoal e valores, são as variáveis mais significativas na escolha da orientação teórica inicial.

Ao longo dos tempos têm vindo a ser realizados inúmeros estudos que relatam as diferenças no modo de pensar e agir de terapeutas que regem a sua prática clínica por diferentes orientações teóricas.

No estudo de Haan e Lee (2014) são exploradas as diferenças e possíveis semelhanças entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Psicodinâmica.

Ao longo do tempo as Terapias Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmica têm vindo a ser cada vez mais semelhantes, e, segundo James (2001), pode argumentar-se que a razão para as semelhanças entre estas duas orientações teóricas distintas é que ambas têm evoluído ao longo do tempo para ajudar a conhecer as necessidades dos pacientes. Baseada na mesma fundamentação teórica, a Terapia Psicodinâmica tornou-se mais activa, tal como a Terapia Cognitivo-Comportamental. Para além disso, com a introdução da Terapia Psicodinâmica Breve, o propósito da intervenção alterou-se para o alívio dos sintomas, sendo cada vez mais semelhante à Terapia Cognitivo-Comportamental (Haan & Lee, 2014).

Mas, apesar de a nível estratégico terem sido encontradas algumas aproximações, a nível das técnicas continuam a ser notadas certas diferenças entre as abordagens terapêuticas. No estudo de Haan e Lee (2014) foram identificados perfis distintos para cada orientação teórica, o que suporta as diferenças no reportório de intervenção e suposições sobre as fontes e natureza da psicopatologia dos pacientes. Intervenções na Terapia Cognitivo-Comportamental foram vistas como sendo directivas e orientadas para a tarefa, em contraste com a Terapia Psicodinâmica que exploram os eventos passados e colocam mais ênfase nas relações.

As conclusões deste estudo vão de acordo com a literatura referida ao longo desta exposição. A nível estratégico é possível encontrar semelhanças entre as diferentes correntes teóricas mas, a nível táctico, ou seja, a nível das técnicas e procedimentos de intervenção, as semelhanças vão sendo cada vez menores e as diferenças mais notáveis.

Outro exemplo de um estudo em que as maiores diferenças se verificaram a nível de técnicas clínicas é o estudo de Sundland e Barker (1962). Nesta investigação as diferenças mais significativas revelaram-se entre os terapeutas Rogerianos e os terapeutas Freudianos. O grupo dos terapeutas Freudianos deu mais ênfase à discussão em terapia

sobre a infância, ao uso da interpretação, à necessidade de um conceito de motivação inconsciente e à utilidade de conceptualizar um caso do que o grupo dos terapeutas Rogerianos (Sundland & Barker, 1962).

O estudo de Larsson, Kaldø e Brogberg (2009) por sua vez centra-se nas semelhanças e diferenças entre psicoterapeutas de nacionalidade sueca de quatro orientações: Terapia Psicodinâmica, Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Integrativa. Uma conclusão desta investigação que se deve realçar, e que vai de acordo com o que tem sido referido ao longo deste trabalho, é o facto de os terapeutas terem atitudes muito semelhantes no que toca à relação terapêutica e aos efeitos que a psicoterapia deve obter e, as maiores diferenças se revelarem no que diz respeito às técnicas psicoterapêuticas. De uma forma geral, as diferenças mais notáveis foram encontradas entre terapeutas cognitivo-comportamentais e terapeutas dinâmicos a nível tático (Larsson, Kaldø, & Brogberg, 2009).

Pode ainda ser referido o estudo de Jones e Pulos (1993) de modo a demonstrar que, de facto, as diferenças entre orientações teóricas se revelam maioritariamente a nível das táticas. Neste estudo são também sustentadas as diferenças entre as Terapias Cognitivo-Comportamental e Dinâmica. Os resultados demonstram que embora algumas características sejam comuns aos dois tratamentos, existem importantes diferenças. Na Terapia Cognitivo-Comportamental é promovido o controlo do afecto disfórico através do uso do intelecto e da racionalidade combinados com o encorajamento e suporte por parte do terapeuta. Na Terapia Psicodinâmica há uma ênfase na evocação do afecto, no processo de trazer sentimentos problemáticos à consciência e em integrar dificuldades actuais com experiências prévias de vida, usando a relação terapeuta-paciente como um agente de mudança.

Resumidamente, e de um modo geral, a nível estratégico é possível encontrar semelhanças entre as diferentes orientações teóricas mas existem diferenças no que toca ao modo de actuar no campo terapêutico. Ou seja, a grande diferença surge ao nível das técnicas utilizadas, como já tinha sido concluído anteriormente nesta revisão de literatura.

1.6.2. Experiência Clínica

Algumas conclusões retiradas de estudos demonstram diferenças entre terapeutas mais e menos experientes, independentemente da sua orientação teórica. Estes resultados parecem sugerir que, em comparação com os menos experientes, os terapeutas mais experientes mostram habilidades mais desenvolvidas de compreensão, comunicação e

conexão (Fiedler, 1951), demonstram mais comportamentos interpretativos e consideram a percepção do paciente de si mesmo como o mais importante (Anthony, 1967).

Terapeutas que têm mais experiência clínica, ou seja, aqueles que já ajudaram mais pacientes têm valores mais altos na escala dos Factores Comuns. Este resultado vai de acordo com a investigação anterior que mostrou que os clínicos que se consideram integrativos tendem a ser mais velhos e a ter mais experiência (Larsson, Kaldø, & Broberg, 2010).

É importante ter em conta que as semelhanças entre terapeutas experientes de diferentes orientações não se deve apenas à experiência clínica mas implica também um alto nível de desenvolvimento epistemológico por parte dos terapeutas. Este alto nível de desenvolvimento epistemológico parece ser um pré-requisito para a implementação da mudança significativa como é o caso das atitudes dos psicoterapeutas em relação à psicoterapia. Níveis elevados de desenvolvimento epistemológico capacitam os psicoterapeutas a questionar fontes estabelecidas de conhecimento tornando-as relativas, identificar contradições, e a integrar o conhecimento que resulta daqui num novo todo que acaba por moldar futuras atitudes clínicas e comportamentos tendencialmente mais integrativos (Vasco & Dryden, 1997).

1.6.3. Orientação Teórica e Experiência Clínica

Faz sentido a este ponto juntar as duas características pessoais dos terapeutas em estudo e perceber as diferenças entre terapeutas quando consideramos estas duas variáveis simultaneamente.

Na investigação de Vasco e Dryden (1997) os resultados sugerem que não só a orientação teórica é muito mais responsável do que a experiência para a variação dos estilos terapêuticos, mas também que as diferenças entre terapeutas mais e menos experientes só se evidenciam quando altos níveis de experiência e desenvolvimento epistemológico estão presentes.

Os resultados sugerem também que o grupo composto por terapeutas psicodinâmicos e cognitivos com mais experiência e mais desenvolvidos, são mais homogêneos no estilo terapêutico do que o grupo composto por todos os outros terapeutas das mesmas orientações (Vasco & Dryden, 1997).

No que diz respeito ao tipo de relação terapêutica estabelecida é sugerido que este é mais dependente do grau de experiência do terapeuta do que da sua orientação teórica. Então, terapeutas peritos de diferentes orientações teóricas estabelecem relações

terapêuticas mais próximas do conceito de “relação terapêutica ideal”, do que os não-peritos (Vasco & Dryden, 1997). É ainda verificado em estudos de Fiedler (1951) que o tipo de relação terapêutica estabelecido por terapeutas peritos de diferentes orientações teóricas é mais semelhante do que o tipo de relação terapêutica estabelecido por terapeutas peritos e não-peritos da mesma orientação.

A hipótese de que terapeutas mais experientes de diferentes orientações teóricas são mais semelhantes entre si (do que terapeutas mais e menos experientes da mesma orientação) recebeu confirmação parcial no estudo de Vasco e Dryden (1997), isto é, só quando a experiência interagiu com o nível de desenvolvimento. O grupo composto por terapeutas psicodinâmicos e cognitivos mais experientes e mais desenvolvidos foi mais homogêneo do que o grupo formado pelos terapeutas restantes (Vasco & Dryden, 1997).

Voltando-nos a concentrar no conceito de “nível de desenvolvimento epistemológico”, este parece definitivamente contribuir para os estilos terapêuticos dos clínicos. No estudo de Vasco e Dryden (1997), os terapeutas mais experientes e simultaneamente mais desenvolvidos do ponto de vista epistemológico, tanto de orientação psicodinâmica como cognitiva, mostraram-se mais semelhantes no tocante a estilos terapêuticos do que um grupo composto por todos os outros terapeutas psicodinâmicos e cognitivos. Os autores pensam que o processo de pensamento dos terapeutas inerente à prática clínica pode contribuir para que os terapeutas que são mais experientes e mais capazes de questionar o conhecimento previamente adquirido, ou seja, os terapeutas com um maior desenvolvimento epistemológico, se tornem mais semelhantes no tocante a determinadas atitudes e orientações, independentemente da orientação teórica.

1.7. Apresentação do Estudo: Objectivos e Questões de Investigação

De acordo com a literatura referida constata-se que existem diferentes perspectivas no que toca a formas pensar, tomar decisões e intervir ao longo de um processo terapêutico. E, como já mencionado anteriormente, torna-se relevante estudar as representações dos psicoterapeutas em relação ao processo terapêutico, tendo em conta que estas representações se acabam por reflectir na prática clínica.

O estudo tem como objectivo uma análise relativa à perspectiva dos psicoterapeutas em relação a componentes estratégicos e tácticos do processo terapêutico. Por componentes estratégicos entendem-se as estratégias gerais, situadas a um nível intermédio de abstracção; e por componentes tácticos entendem-se as técnicas

terapêuticas e os procedimentos clínicos, situados a um nível mais baixo de abstracção. Considera-se relevante examinar a perspectiva dos terapeutas de forma a poder compreender melhor o trabalho terapêutico e obter pistas para a sua optimização, resultando numa maior taxa de sucessos futuros.

Na literatura foi ainda concluído que as vantagens dos Modelos de Fases se sobrepõem às suas limitações. Este estudo torna-se ainda mais importante na medida em que, segundo Vasco e Conceição (2003), é necessária mais investigação com amostras diversificadas de forma a apoiar a noção de que “a sequência temporal de objectivos estratégicos” deve ser considerada como um *Princípio Geral de Mudança Terapêutica*.

Será feita uma análise relativa às diferentes orientações teóricas e à experiência clínica, sendo estas as variáveis escolhidas para comparação, já tendo sido apresentadas anteriormente.

Este estudo irá ser guiado pelas seguintes questões de investigação:

1. Qual o grau de acordo dos terapeutas no que diz respeito às fases do processo terapêutico?

1.1. Qual o grau de acordo entre terapeutas de diferentes orientações em relação às fases do processo terapêutico?

As fases do processo terapêutico são, na verdade, os objectivos estratégicos de que se tem vindo a falar ao longo desta revisão de literatura. Então, em concordância com o que foi concluído, espera-se que o grau de acordo entre terapeutas no que diz respeito às fases seja alto. A hipótese é de que se verifique uma maior semelhança entre abordagens teóricas na escala que avalia este o intermédio de abstracção.

1.2. Em relação à experiência clínica, existem diferenças entre grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico entre terapeutas mais e menos experientes?

É esperado, de acordo com a literatura, que haja um certo acordo. É previsto também que os terapeutas estejam mais de acordo quando têm mais experiência independentemente da sua orientação teórica.

2. Como é que os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico?

2.1. Existem diferenças entre terapeutas de diferentes orientações teóricas?

- 2.2. Existem diferenças ao nível da experiência clínica dos terapeutas?
3. Qual o grau de acordo entre terapeutas em relação à existência e à importância de promover os objectivos estratégicos de cada fase?
- 3.1. Existem diferenças entre terapeutas de diferentes orientações teóricas?
- 3.2. Existem diferenças entre terapeutas mais e menos experientes?
4. Como é que os terapeutas organizam os objectivos estratégicos específicos das fases dentro de cada fase?
- 4.1. Existem diferenças entre terapeutas de diferentes orientações teóricas?
- 4.2. Existem diferenças entre terapeutas mais e menos experientes?
5. Qual o grau de acordo entre terapeutas em relação às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos, ou seja, aos procedimentos de intervenção utilizados para atingir e assimilar os objectivos específicos de cada fase do processo terapêutico?
- 5.1. Qual o grau de acordo entre terapeutas de diferentes orientações em relação às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos?

Esta questão, ao contrário da primeira, já se refere a um nível tático, e, tendo em conta o que foi explorado ao longo deste trabalho, espera-se que o grau de acordo seja bastante menor em relação ao anterior.

Segundo a literatura a hipótese é de que vão estar presentes estas diferenças a nível das técnicas. Todos os estudos apresentados vão no sentido de existirem diferenças a nível das técnicas utilizadas pelos terapeutas que se regem por diferentes orientações teóricas.

- 5.2. Em relação à experiência clínica, existem diferenças entre grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos?

A literatura aponta para que esta resposta seja positiva. É esperado que surjam diferenças entre terapeutas mais e menos experientes no sentido de haver maior concordância com as táticas por parte dos terapeutas mais experientes tendo em conta que quanto maior a experiência mais tendência existe para os terapeutas se identificarem como integrativos.

2. Metodologia

2.1.Objectivos e Natureza do Estudo

Este estudo pretende explorar as representações dos terapeutas em relação ao processo terapêutico, uma vez que, como referido na revisão de literatura, estas representações acabam por se reflectir na prática clínica.

Os objectivos da presente investigação prendem-se:

- a) Compreender a prática clínica dos psicoterapeutas;
- b) Examinar a perspectiva dos psicoterapeutas relativamente à Componente Sequencial de Fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática;
- c) Perceber quais as técnicas que os psicoterapeutas utilizam na promoção de determinados objectivos estratégicos;
- d) Comparar as diferenças entre participantes quanto à sua orientação teórica, relativamente a b) e c).
- e) Comparar as diferenças entre participantes quanto à sua experiência profissional, relativamente a b) e c);

2.2.Obtenção, Selecção e Caraterização da Amostra

A presente investigação é de carácter quantitativo. A obtenção e selecção da amostra seguiu um processo de amostragem não-probabilístico sendo a presente amostra de conveniência. Foi efectuado um convite para participar no estudo, via *e-mail*, às associações e sociedades de psicoterapeutas portuguesas, sendo estas: APPPP (Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica), APTCC (Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva), SPPC (Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas), SPTF (Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar), SPPB (Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves), SPPE (Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial), SPPCCACP (Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa), APPCPC (Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e *Counselling*) e SPPS (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde).

Para além dos contactos via *e-mail* estabelecidos com as associações, contactaram-se, pessoalmente e através de redes sociais, psicoterapeutas que reuniam as condições para participar no estudo e que se apresentem como voluntários.

Para participar nesta investigação os terapeutas tinham que reunir duas condições obrigatoriamente: a) ter como profissão psicoterapeuta ou psicólogo clínico e b) exercer, no momento da participação, prática clínica em terapia individual.

A amostra não é aleatória, nem representativa da população de psicoterapeutas portugueses.

A taxa de resposta do presente estudo resultou em 10%. Supõe-se que esta reduzida taxa de resposta ao presente questionário se deve à complexidade e morosidade do instrumento utilizado (requer dos terapeutas uma a duas horas do seu tempo, o que pode dissuadir alguns potenciais participantes).

É importante ainda referir que os dados foram tratados de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes.

A amostra do presente estudo é constituída por 22 psicoterapeutas, com idades compreendidas entre os 25 e os 55 anos, maioritariamente do sexo feminino (86%, n=19).

O tempo médio de prática clínica é 7.48 anos e a mediana é 5.04 anos. Consideraram-se dois grupos de terapeutas no que diz respeito à variável experiência clínica: terapeutas mais experientes e terapeutas menos experientes. No grupo dos terapeutas menos experientes estão incluídos os participantes com um tempo total de prática clínica igual ou inferior a 5 anos; no grupo dos terapeutas mais experientes estão incluídos os participantes com um tempo total de prática clínica superior a 5 anos. O grupo dos terapeutas mais experientes é composto por 11 terapeutas, bem como o grupo dos terapeutas menos experientes.

Em relação ao local de trabalho, 59% dos psicoterapeutas inquiridos trabalham num contexto privado, 27% num contexto público e 14% em ambos. Quanto à formação, 54.5% dos psicoterapeutas inquiridos têm mestrado, 36.4% têm formação em prática psicoterapêutica, 4.5% têm doutoramento e 4.5% têm licenciatura. A formação em Prática Psicoterapêutica é variada: Cognitivo-Comportamental, Associação Portuguesa de Psicanálise, Pedopsiquiatria e Psicanálise, Psicologia Clínica Dinâmica, Psicoterapia Integrativa Focada no Luto, APTCC, Hipnoterapia e Cognitivo-Comportamental integrada.

Apenas 4 dos 22 participantes tiveram formação sobre a componente sequencial de fases do modelo meta-integrativo de Complementaridade Paradigmática. Ao perguntar qual a formação as respostas que se obtiveram foram: “com o professor António Branco Vasco”, “é a orientação teórica que sigo”, “unidades curriculares de mestrado”, e uma das respostas não está especificada.

A Orientação Teórica dos participantes é definida pela pontuação que se dá na escala CCQ-P (P), inserida no questionário sócio-demográfico (Anexo B). Nesta escala é requerido aos participantes que classifiquem numa escala de *Likert* - onde 0 corresponde a “Nada” e 7 corresponde a “Muito” - até que ponto é que orientam a sua prática terapêutica actual segundo cada uma das perspectivas teóricas, sendo as opções: psicanalítica/psicodinâmica, comportamental, cognitiva, humanista, teoria dos sistemas ou outras (caso o participante escolha a opção “outras” terá que definir qual).

Por se tratar de uma amostra pequena (n=22) foi efectuada uma análise individual a cada um dos participantes de forma a perceber qual a orientação teórica pela qual se regiam. Verificou-se então qual a perspectiva teórica que obteve maior pontuação para cada um dos terapeutas. Quando o participante atribuiu mais pontos a uma perspectiva, ao contrário da pontuação que atribuiu às restantes, foi incluído no grupo dos terapeutas que orientam a prática clínica de acordo com essa orientação teórica (e.g., se um participante atribuiu 5 pontos à orientação Psicanalítica e atribuiu pontuações inferiores – 0, 1, 2, 3 – a outras orientações, este participante era incluído no grupo dos terapeutas que orientam a sua prática clínica segundo a perspectiva Psicanalítica). Nos casos em que os participantes atribuíam claramente pontuações igualmente elevadas a várias perspectivas, os terapeutas eram classificados como integrativos.

Foi então possível criar 3 grupos distintos: Terapeutas com Orientação Psicanalítica (27%), Terapeutas com Orientação Cognitiva-Comportamental (32%) e Terapeutas com Orientação Integrativa (41%).

Quadro 1. *Caraterização da amostra*

		Frequências Descritivas
Sexo	Masculino	13.6% (n=3)
	Feminino	86.4% (n=19)
Idade (anos)		M = 32,6 DP = 8,6 Min. = 25 Max. = 55
Tempo total de prática clínica (anos)		M = 7.48 DP = 6,83 Min = 1 Max = 25
	≤ 5 anos	50% (n = 11)
	> 5 anos	50% (n=11)
Local de Trabalho	Público	27,3% (n =6)
	Privado	59,1% (n =13)
	Ambos	13,6% (n =3)
Formação	Licenciatura	4,5% (n =1)
	Formação em Prática	
	Psicoterapêutica	36,4% (n =8)
	Mestrado	54,5% (n =12)
	Doutoramento	4,5% (n =1)
Formação sobre a componente sequencial de fases do modelo meta-integrativo de Complementaridade Paradigmática	Sim	18,2% (n = 4)
	Não	81,8% (n = 18)
Orientação Teórica CCQ-P (P)	Psicanalítica	27,3% (n= 6)
	Cognitivo-Comportamental	31,8% (n= 7)
	Integrativa	40,9% (n=9)

2.3.Instrumentos

Os instrumentos de investigação utilizados neste estudo consistem num questionário sócio-demográfico seguido de um conjunto de questionários e escalas, cada um com o objectivo de medir cada variável em estudo.

De uma forma geral, existe uma escala e um questionário que estão relacionados com as fases do processo terapêutico que irão permitir tirar conclusões sobre a perspectiva dos terapeutas em relação às fases da terapia propostas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática. Outra escala e questionário estão relacionados com os objectivos estratégicos específicos de cada fase – que irão permitir fazer uma análise mais detalhada no que toca aos objectivos estratégicos de cada fase. E, por fim, um questionário sobre técnicas e procedimentos específicos que ajudam a promover os

objectivos estratégicos – que irá possibilitar o estudo da forma como os terapeutas promovem e atingem os objectivos estratégicos a que se propõem trabalhar com o paciente.

Nos diferentes instrumentos estão presentes os níveis de abstracção sugeridos por Goldfried (1980). No questionário sócio demográfico existe uma escala - CCQ-P (P) – na qual é questionado até que ponto é que os terapeutas orientam a sua prática terapêutica actual por cada uma das perspectivas teóricas distintas que são apresentadas (nível mais alto de abstracção); o Questionário de Perspectivas em Relação às Fases (QPFPT), a Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT), o Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE) e a Escala de Enquadramento na Fase (EEF) dizem respeito aos objectivos estratégicos gerais (as fases) e aos objectivos estratégicos específicos que se encontram inseridos nas fases (nível intermédio de abstracção); e, por fim, o *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI) está relacionado com as técnicas e procedimentos específicos que ajudam a promover objectivos estratégicos (nível mais baixo de abstracção). Abaixo serão descritos os questionários e as escalas de forma mais detalhada.

O instrumento encontra-se redigido em língua portuguesa visto que se destina a terapeutas portugueses.

2.3.1. *Questionário Sócio-Demográfico*

De modo a caracterizar a amostra e poder efectuar as comparações desejadas entre os participantes do estudo no Questionário Sócio-Demográfico foram solicitados os seguintes dados: idade, sexo, anos de prática clínica, área de trabalho (em contexto público ou privado), formação, se é membro de associação ou sociedade na área da psicologia, se teve alguma formação sobre a Componente Sequencial de Fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática e, por fim, classificar numa escala de “Nada” a “Muito” até que ponto é que orienta a sua prática terapêutica actual por cada uma das perspectivas teóricas, sendo as opções: psicanalítica/psicodinâmica, comportamental, cognitiva, humanista, teoria dos sistemas ou outras (caso o participante escolha a opção “outras” terá que definir qual) (Anexo B).

Nenhuma informação pessoal ou identificativa dos participantes foi solicitada de modo a garantir o anonimato dos participantes.

2.3.2. *Questionário de Perspectivas em relação às Fases do Processo Terapêutico (QPFPT)*

O primeiro questionário avalia o grau de acordo/desacordo relativamente à existência de cada uma das fases constitutivas do processo terapêutico.

Este questionário (Anexo C), criado por Vasco (2007), é composto por 7 itens. Cada item representa uma fase do processo terapêutico de acordo com a componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática apresentado anteriormente. Os itens apresentados são: *a) Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas; b) Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico; c) Antecipar o futuro e prevenir recaídas; d) Implementar acções reparadoras; e) Construir novos significados relativos à experiência e ao Self; f) Consolidar a mudança; g) Promover o aumento da consciência da experiência e do Self.*

É solicitado aos participantes, considerando a sua prática e experiência enquanto terapeutas, que avaliem numa escala de *Likert* (0 – “Discordo Totalmente”; 5 – “Concordo Totalmente”) o seu grau de acordo relativamente aos itens apresentados.

A consistência interna foi analisada através do cálculo do alfa de *Cronbach*, e, de acordo com Pallant (2005), o questionário apresenta uma boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .71.

2.3.3. *Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT)*

O segundo questionário apresentado aos participantes (Anexo D), criado também por Vasco (2007), é consequente do anterior. O objectivo é a ordenação das fases apresentadas no questionário anterior na sequência em que o terapeuta pensa ocorrer no processo terapêutico.

O questionário é, da mesma forma, composto pelos 7 itens, que representam as fases do processo terapêutico de acordo com a componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática. É solicitado aos participantes, caso tenham atribuído um valor de pelo menos 2 na classificação anterior, que ordenem os itens apresentados. É ainda referido que a cada uma das fases pode apenas ser atribuída uma posição na sequência.

2.3.4. Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE)

O terceiro questionário é a versão portuguesa do *General Strategies Inventory* (GSI; Conceição, 2010; Conceição & Vasco, 2008). O questionário é composto por 35 itens, formulados em linguagem neutra, referentes a objectivos estratégicos (Anexo E).

Os itens organizam-se em 7 subescalas que representam a componente de fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática, a designar *Confiança, Motivação e Estruturação da Relação* (CMER), *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* (ACES), *Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self* (CNSRES), *Regulação da Responsabilidade* (RR), *Implementação de Acções Reparadoras* (IAR), *Consolidação da Mudança* (CM), e *Antecipação do Futuro e Prevenção de Recaída* (AFPR) (Luz, 2014) (Ver Quadro 2).

Importa ainda referir que, para cada subescala, um dos 5 itens surge em versão negativa (e.g., “*Não procuro ajudá-lo(a) a perceber que é ele(a) que pode promover ou dificultar as suas dificuldades*”).

Quadro 2. Itens constituintes das subescalas do Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos

Subescala	Itens
CMER	7, 14, 16, 29, 31 ^a
ACES	3, 9, 17, 18 ^a , 20
CNSRES	2, 11, 19 ^a , 21, 22
RR	4 ^a , 13, 23, 30, 33
IAR	10 ^a , 12, 25, 27, 28
CM	6, 15, 24 ^a , 32, 34
AFPR	1, 5, 8, 26 ^a , 35

^aitens formulados em versão negativa

É requerido aos participantes que considerem a relevância de cada um dos itens apresentados (e.g., “*Procuro ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio(a) em conflito*”; “*Não procuro ajudá-lo a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio(a)*”) para a progressão do processo terapêutico de forma a avaliar a forma como os terapeutas promovem as estratégias clínicas - fases.

No estudo de Luz (2014) a precisão do questionário foi avaliada através do alfa de *Cronbach*. De acordo com Pallant (2005), as subescalas do GSI apresentaram uma boa consistência interna, com um coeficiente de *Cronbach* de .74, .63, .79, .80, .84, .86, .79. A subescala *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* (ACES) revela-se com uma

consistência interna moderada, em contraste com as restantes elevadas. Neste estudo alguns dos valores do coeficiente de *Cronbach* de cada subescala foram mais reduzidos, a saber: .58, .63, .83, .57, .70, .17, .50. Surgindo a escala *Consolidação da Mudança* (CM) com um alfa de *Cronbach* muito reduzido (Quadro 3). Nas escalas em que a consistência interna se apresenta inferior a .70 o cuidado a ter na sua interpretação terá que ser redobrado.

Quadro 3. *Consistência Interna das Subescalas do Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos*

Subescalas	Alfa de <i>Cronbach</i>	
	Luz (2014)	Presente Estudo
CMER	.74	.58
ACES	.63	.63
CNSRES	.79	.83
RR	.80	.57
IAR	.84	.70
CM	.86	.17
AFPR	.79	.50

Para a presente investigação foram feitas duas adaptações no questionário utilizado no estudo de Luz (2014). Em primeiro lugar foi solicitado aos participantes que tivessem em conta a sua prática e experiência clínica ao longo da sua carreira profissional, ao invés do que acontecia no estudo anterior (onde era solicitado aos participantes para se focarem apenas na última sessão de trabalho com os seus pacientes). A segunda alteração refere-se à escala de classificação. No estudo de Luz (2014) as respostas foram dadas numa escala de *Likert* de 7 pontos (e.g., 1 – “*Not at all descriptive*”; 2 – “*Totally descriptive*”). Para o presente estudo, tendo em conta que o objectivo foi analisar a relevância que os terapeutas atribuíam a cada um dos itens, utilizou-se também uma escala de *Likert* de 7 pontos, mas esta variou de 0- “Nada Relevante” a 7 – “Totalmente Relevante”.

2.3.5. *Escala de Enquadramento na Fase (EEF)*

Neste questionário (Anexo F) são, de novo, apresentados os 35 itens compreendidos no questionário anterior. É solicitado aos participantes que atribuam a cada fase anteriormente ordenada no questionário ESFPT os itens correspondentes. Ou seja, os participantes têm que atribuir a cada fase os exemplos de objectivos específicos – itens - que consideram que melhor as caracterizam.

2.3.6. *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)*

O quinto e último questionário (Anexo G) é uma adaptação do *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI; McCarthy & Barber, 2009).

O MULTI, versão para terapeutas, é uma lista de intervenções terapêuticas que foi originalmente criada por McCarthy e Barber (2009) que avalia intervenções utilizadas numa sessão de psicoterapia de 8 orientações terapêuticas diferentes; a saber: *COMP* - comportamental, *FC* - de fatores comuns, *COG* - cognitiva, *CD* - comportamental-dialética, *INT* - interpessoal, *CP* - centrada na pessoa, *PSIC* - psicodinâmica e *EXP* - experiencial. Este questionário é composto por 60 itens que se organizam na sua maioria para a formulação de 8 subescalas associadas às referidas orientações teóricas (Anexo H). Este instrumento utiliza uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 – “Nada típico da sessão”; 5 – “Muito típico da sessão”) para classificar os itens (e.g., “Encorajei o meu cliente a falar sobre o que lhe surgir na mente”; “Defini uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia”; “O meu cliente e eu falámos acerca dos seus sonhos, fantasias ou desejos”) (Ferreira, 2013; Luz, 2014).

No estudo de Luz a consistência interna do questionário foi avaliada através do alfa de *Cronbach* para as suas 8 subescalas e revelou-se com valores moderados a elevados (Pallant, 2005). Apresentando um valor de .86, .81, .87, .76, .85, .67, .79, .69, respectivamente a cada uma das escalas apresentadas anteriormente (Quadro 4) (Luz, 2014). No presente estudo alguns dos valores do alfa de *Cronbach* revelaram-se muito mais reduzidos, a saber .87, .08, .83, .68, .46, .23, .66, .17. Surgindo a escalas de *Factores Comuns* e *Experimental* com índices muito baixos (Quadro 4). Mais uma vez, é preciso cuidado redobrado na interpretação de certas escalas.

Quadro 4. *Consistência Interna das subescalas do Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)*

Subescalas	Alfa de <i>Cronbach</i>	
	Luz (2014)	Presente Estudo
COMP	.86	.87
FC	.81	.08
COG	.87	.83
CD	.76	.68
INT	.85	.46
CP	.67	.23
PSIC	.79	.66
EXP	.69	.17

Na presente investigação não se utilizou o MULTI no formato anteriormente apresentado.

Utilizaram-se os 60 itens presentes no questionário original, ou seja, os exemplos de táticas para promover o trabalho terapêutico.

Os itens foram formulados no tempo verbal presente ao invés dos originais que se apresentavam no passado, porque, tal como nos questionários anteriores, foi solicitado aos participantes que tivessem em conta a sua prática e experiência clínica ao longo da sua carreira profissional.

No questionário do presente estudo é incitado aos terapeutas, num primeiro momento, que, considerando as suas acções ao longo do processo terapêutico, refiram se realizam ou não os exemplos de táticas terapêuticas apresentadas (e.g., “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a pensar em, ou a estar consciente de coisas na sua vida sem as julgar*”; “*Coloco o(a) meu/minha cliente a fazer role-plays (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações*”; “*Saliento como os conflitos entre certas partes da personalidade do(a) meu/minha cliente estão na base dos seus problemas*”; “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos*”). A classificação deixou de ser feita numa escala de *Likert* como no questionário original e tornou-se numa resposta dicotómica em que os participantes poderiam escolher entre “Sim” ou “Não”.

Numa segunda fase é solicitado que refiram em que fases(s) (anteriormente ordenadas na ESFPT) realizam estas acções terapêuticas.

Este último questionário permite então atingir dois objectivos. Por um lado, ao referir se realiza, ou não, as acções terapêuticas, consegue-se perceber que tipo de táticas utilizam os terapeutas de um modo geral. Por outro lado consegue-se inferir especificamente que táticas utilizam os terapeutas para atingir determinados objectivos estratégicos em determinadas fases do processo terapêutico.

2.4.Procedimento de Recolha de Dados

O procedimento de recolha de dados foi efectuado através de uma plataforma *online* (Qualtrics Survey Software®), elaborada para o efeito. Esta plataforma esteve activa entre os meses de Março a Julho de 2015.

O método de recolha de dados *online* apresenta diversas vantagens, daí ter sido o método eleito como preferencial para esta investigação. Sendo *online* acaba por ser acessível a um maior número de pessoas, visto que é a investigação que está a ir ao encontro dos participantes ao invés do inverso e também assegura o anonimato dos

participantes na recolha dos dados (Reips, 2000). A redução de tempo e custos que se verifica na recolha de dados *online* é também uma vantagem a ser considerada. Por sua vez, este método de recolha acarreta algumas desvantagens como por exemplo a incontrolabilidade de diversas componentes contextuais, motivacionais ou respostas nulas/omissas. Ainda é importante referir que um questionário *online* não permite o esclarecimento imediato de dúvidas no momento do preenchimento do mesmo. A solução aplicada para este problema foi o fornecimento do contacto electrónico da investigadora para o caso de alguma situação de dúvida suceder.

Relativamente à constituição da plataforma, inicialmente apresentava-se um texto de apresentação (Anexo I), no qual se mencionava o objectivo do estudo e se solicitava a colaboração da pessoa em causa. Refere-se neste texto que a participação é anónima e confidencial. Como já referido anteriormente, era também fornecido o contacto da investigadora no caso de surgir alguma dúvida e também caso o participante deseje obter informação no final do estudo.

De seguida era apresentado o Questionário Sócio-Demográfico de forma a recolher a informação mencionada anteriormente e os restantes instrumentos também referidos previamente. Inicialmente a duração do preenchimento do questionário estava prevista, em média, entre 30 a 40 minutos. Mas na realidade o questionário exigia que os participantes despendessem cerca de 1h30 do seu tempo.

3. Análise de Resultados

3.1. Metodologia

A estatística descritiva consistiu na construção de tabelas de frequência para as variáveis categóricas e cálculo da média, desvio padrão e mediana para as variáveis contínuas.

Para efeitos de estatística inferencial recorreu-se ao teste ANOVA para avaliar a relevância atribuída a cada uma das fases e objectivos estratégicos utilizados para promover as fases do processo terapêutico, bem como para a avaliação das diferenças entre grupos com orientações teóricas distintas, a saber: OTP – Orientação Teórica Psicanalítica; OTCC – Orientação Teórica Cognitivo Comportamental; OTI – Orientação Teórica Integrativa. Posteriormente, e quando observadas diferenças significativas entre grupos, procedeu-se à comparação múltipla de médias (testes *post-hoc* de Tukey ou Dunn's). Para avaliação das diferenças a nível da experiência clínica (i.e., terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) nas diferentes questões de investigação colocadas recorreu-se ao teste t-student para as variáveis contínuas.

Quando os pressupostos da ANOVA foram violados (normalidade e homocedasticidade) recorreu-se aos seus correspondentes não-paramétricos (Kruskal-Wallis e teste U de Mann-Whitney de amostras independentes, respectivamente). Para verificar os pressupostos de normalidade e homocedasticidade foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk (amostras com menos de que 50 observações) e de Levene, respectivamente. Considerou-se que os pressupostos não foram violados quando $p > .05$ (Marôco, 2011).

Na questão final, e por se tratarem de variáveis categóricas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado para avaliação das diferenças entre Orientação Teórica e Experiência Clínica.

Toda a estatística inferencial teve por base um nível de significância de 5% (diferenças estatisticamente significativas quando $p < .05$). O software estatístico utilizado foi o IBM SPSS *Statistics* v.22.

3.2. Análise de Resultados

A apresentação da análise de resultados será feita de acordo com a ordem das questões de investigação apresentadas na revisão de literatura da presente dissertação.

1. Análise relativa ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

Na generalidade, os inquiridos concordam com a existência das fases constitutivas do processo terapêutico apresentadas ($M > 4$). A fase 2- *Promoção do aumento da consciência da experiência e do Self* é considerada a fase mais importante do processo terapêutico ($M = 4.68$; $DP = .48$) e a fase considerada menos importante é a fase 4- *Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas* ($M = 4.00$; $DP = .98$), como se pode observar pelos valores do Quadro 5.

Quadro 5. Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	22	1	5	4.00	.98
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	22	3	5	4.59	.59
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	22	2	5	4.09	.87
d. Implementar ações reparadoras	22	2	5	4.09	.81
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self	22	3	5	4.55	.67
f. Consolidar a mudança	22	2	5	4.36	.85
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self	22	4	5	4.68	.48

Quis-se ainda perceber se existiriam diferenças significativas no que toca ao grau de concordância para as diferentes fases do processo terapêutico, isto é, se alguma das fases é mais valorizada em relação a outras.

Surgiram diferenças estatisticamente significativas na concordância para as diferentes fases do processo terapêutico ($p = .013$, teste de Kruskal-Wallis). Ao realizar o teste de comparação múltipla das médias verificou-se que as diferenças que surgiam no teste anterior desapareciam. O facto de não se verificarem diferenças no nível de concordância para as diferentes fases do processo terapêutico deve-se, muito provavelmente, ao facto de a amostra ser reduzida ($n = 22$).

1.1. Comparação entre Orientações Teóricas relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na concordância dos diferentes grupos (OTP – Orientação Teórica Psicanalítica, OTCC – Orientação Teórica Cognitivo Comportamental e OTI – Orientação Teórica Integrativa) em relação às fases

constitutivas do processo terapêutico apresentadas ($p > .05$, teste de Kruskal-Wallis) (Anexo J).

Tomando em consideração o Quadro 6 pode verificar-se que, em média, os grupos concordam “Muito” ou “Totalmente” com as fases do processo terapêutico sugeridas pela componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Quadro 6. *Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI).*

	Orientação Teórica	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas.	OTP	3.83	1.47	1	5
	OTCC	4.14	.90	3	5
	OTI	4.00	.71	3	5
	Total	4.00	.98	1	5
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	OTP	4.67	.52	4	5
	OTCC	4.71	.49	4	5
	OTI	4.44	.73	3	5
	Total	4.59	.59	3	5
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas.	OTP	4.00	.89	3	5
	OTCC	4.43	.79	3	5
	OTI	3.89	.93	2	5
	Total	4.09	.87	2	5
d. Implementar ações reparadoras.	OTP	3.83	1.17	2	5
	OTCC	4.14	.69	3	5
	OTI	4.22	.67	3	5
	Total	4.09	.81	2	5
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self.	OTP	4.67	.52	4	5
	OTCC	4.43	.79	3	5
	OTI	4.56	.73	3	5
	Total	4.55	.67	3	5
f. Consolidar a mudança.	OTP	4.50	.84	3	5
	OTCC	4.43	.79	3	5
	OTI	4.22	.97	2	5
	Total	4.36	.85	2	5
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self.	OTP	4.83	.41	4	5
	OTCC	4.57	.54	4	5
	OTI	4.67	.50	4	5
	Total	4.68	.48	4	5

1.2.Comparação entre terapeutas mais e menos experientes relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no grau de acordo/desacordo relativo à existência de cada uma das fases constitutivas do processo terapêutico entre terapeutas mais e menos experientes ($p > .05$, teste t-Student ou teste U de Mann Whitney). Ou seja, os dados sugerem que a concordância com as fases do processo terapêutico não varia com a experiência clínica (Anexo L).

Pode ainda referir-se que a concordância apresenta valores mais elevados nos psicoterapeutas menos experientes, de acordo com a média, que é ligeiramente superior na maior parte das respostas (ver Quadro 7)

Quadro 7. *Média e desvio padrão do grau de concordância com as fases do processo terapêutico dos dois grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)*

	Experiência clínica	Média	Desvio Padrão
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	≤ 5 anos	4.09	.70
	> 5 anos	3.91	1.22
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico.	≤ 5 anos	4.55	.69
	> 5 anos	4.64	.51
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas.	≤ 5 anos	4.09	.94
	> 5 anos	4.09	.83
d. Implementar ações reparadoras.	≤ 5 anos	4.09	.70
	> 5 anos	4.09	.94
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao <i>Self</i> .	≤ 5 anos	4.64	.67
	> 5 anos	4.45	.69
f. Consolidar a mudança.	≤ 5 anos	4.64	.51
	> 5 anos	4.09	.04
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do <i>Self</i> .	≤ 5 anos	4.82	.41
	> 5 anos	4.55	.52

2. Análise relativa à forma como os terapeutas participantes sequenciam as fases do processo terapêutico

A sequência de fases para o processo terapêutico sugerida pelos psicoterapeutas inquiridos foi: B → A → G → D → E → F → C, como se pode observar pelas médias

apresentadas no Quadro 8. Ou seja, segundo os terapeutas da amostra, a sequência de fases do processo terapêutico sugerida é a seguinte: (B) *Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico*; (A) *Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas*; (G) *Promover o aumento da consciência da experiência e do Self*; (D) *Implementar ações reparadoras*; (E) *Construir novos significados relativos à experiência e ao Self*; (F) *Consolidar a mudança*; (C) *Antecipar o futuro e prevenir recaídas*.

Quadro 8. Média, desvio padrão da forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	21 ^a	1	6	3.05	1.50
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	22	1	3	1.23	.53
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	22	3	7	6.32	.99
d. Implementar ações reparadoras	22	2	7	3.86	1.58
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao <i>Self</i>	22	2	5	4.00	.98
f. Consolidar a mudança	22	3	7	6.00	.93
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do <i>Self</i>	22	1	7	3.36	1.40

^aN=21, um dos requisitos para a ordenação é ter atribuído na questão anterior uma pontuação igual ou superior a dois aos itens; visto que um dos participantes apenas atribuiu 1 ponto ao item a), este não entrou na ordenação.

Surgiram diferenças estatisticamente significativas nas classificações atribuídas às fases ($p < .001$, teste de Kruskal-Wallis).

Para perceber que fases diferiam significativamente entre si efectuou-se uma comparação múltipla de médias utilizando o teste *post-hoc* de Dunn's. O resultado que se obteve foi: B (c) → A (bc) → G (b) → D (b) → E (b) → F (a) → C (a), onde as letras entre parêntesis à frente de cada fase indicam diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($p < .05$). Isto quer dizer que a fase B é considerada, em média, a primeira fase do processo terapêutico, seguida da fase A que por vezes também é considerada como a primeira fase. As fases G, D e E ocupam a posição semelhante e as últimas fases deverão ser a F e C, de acordo com os inquiridos.

2.1.Comparação entre Orientações Teóricas relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico

A ordem das fases constitutivas do processo terapêutica não varia significativamente com a orientação teórica seguida pelos psicoterapeutas ($p>.05$, teste ANOVA ou teste Kruskal-Wallis) (Anexo M). Ou seja, independentemente da orientação teórica, os terapeutas consideram a mesma ordem para as fases do processo ocorrerem em terapia.

Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas surgem algumas diferenças entre os grupos como se pode observar analisando as médias do Quadro 9. Assim, o grupo de terapeutas com orientação Psicanalítica considera que as fases do processo terapêutico devem ocorrer na seguinte ordem: $B \rightarrow A \rightarrow D \rightarrow E \rightarrow G \rightarrow F \rightarrow C$. Segundo o grupo de terapeutas com orientação Cognitivo-Comportamental as fases da terapia sequenciam-se na ordem $B \rightarrow G \rightarrow D \rightarrow A \rightarrow E \rightarrow F \rightarrow C$. Por sua vez, o grupo dos terapeutas com orientação Integrativa referem a ordem $B \rightarrow A \rightarrow G \rightarrow E \rightarrow D \rightarrow C \rightarrow F$ como a ordem ideal para as fases ocorrerem ao longo do processo terapêutico.

Quadro 9. Média e desvio padrão da forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo dos diferentes grupos (OTP, OTCC e OTI)

	Orientação teórica	N	Média	Desvio Padrão
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas.	OTP	5	2.60	2.07
	OTCC	7	3.86	.90
	OTI	9	2.67	1.41
	Total	21	3.05	1.50
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico.	OTP	6	1.33	.52
	OTCC	7	1.29	.76
	OTI	9	1.11	.33
	Total	22	1.23	.53
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas.	OTP	6	6.83	.41
	OTCC	7	6.57	.53
	OTI	9	5.78	1.30
	Total	22	6.32	.99
d. Implementar ações reparadoras.	OTP	6	3.50	1.05
	OTCC	7	3.29	1.89
	OTI	9	4.56	1.51
	Total	22	3.86	1.58
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self.	OTP	6	3.67	1.03
	OTCC	7	4.00	1.29
	OTI	9	4.22	.67
	Total	22	4.00	.98
f. Consolidar a mudança.	OTP	6	5.67	.52
	OTCC	7	6.14	.69
	OTI	9	6.11	1.27
	Total	22	6.00	.93
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self.	OTP	6	3.67	1.21
	OTCC	7	2.86	1.21
	OTI	9	3.56	1.67
	Total	22	3.36	1.40

2.2. Comparação entre terapeutas mais e menos experientes relativamente à forma como os terapeutas participantes sequenciam as fases do processo terapêutico

Quando comparado o grupo de terapeutas menos experientes com o grupo de terapeutas mais experientes percebe-se que a ordem em que os terapeutas colocam cada uma das fases é independente da experiência clínica. Ou seja, não foram observadas diferenças significativas na sequência em que os terapeutas, mais ou menos experientes, pensam que deva ocorrer o processo terapêutico. A sequência sugerida continua a ser: B

→ A → G → D → E → F → C ($p > .05$, teste t-Student ou teste U de Mann Withney) (Anexo N).

3. Análise relativa ao grau de acordo no que diz respeito à relevância de promover os objectivos estratégicos

Começou por se fazer uma análise à totalidade dos itens. Verificaram-se diferenças significativas entre itens ($p < .001$, teste de Kruskal-Wallis). Ao aplicar o teste de comparação múltipla de médias as diferenças surgem nos itens 4 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a perceber que é ele(a) que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades*”; 10 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio(a) num todo congruente e suficientemente satisfeito*”; 18 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio(a)*”; e 32 – “*Procuro ajudá-lo(a) a desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas*”. Diferenças essas que se revelam atribuindo aos itens 4, 10 e 18 uma relevância alta, ao invés do 32 que é considerado o menos relevante ainda que, em média, seja considerado bastante relevante.

Ao olhar para o Anexo O depreende-se que os terapeutas consideram os itens, em média, bastante, muito ou totalmente relevantes ($M \geq 5$).

Foram ainda comparadas as relevâncias atribuídas aos itens, desta vez agrupados em subescalas. Não foram encontradas diferenças significativas na relevância atribuída entre as fases ($p > .05$, teste de Kruskal-Wallis). Ou seja, segundo os participantes da presente investigação é atribuída a mesma relevância à promoção dos objectivos estratégicos incluídos nas diferentes fases do processo terapêutico.

3.1. Comparação entre Orientações Teóricas relativamente ao grau de acordo no que diz respeito à relevância de promover os objectivos estratégicos

Observaram-se diferenças significativas entre os grupos de orientação teórica na relevância atribuída aos objectivos estratégicos presentes nas fases (ACES) - *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* ($p = .008$, teste de Kruskal-Wallis) e (CNSRES) - *Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self* ($p = .001$ teste de Kruskal-Wallis) (Anexo P).

Nestas fases surgem diferenças significativas entre o grupo dos terapeutas com orientação Cognitivo-Comportamental em relação aos outros grupos, sendo este o grupo que concorda menos com os itens que compõem estas fases (Quadro 10).

Quadro 10. Média, desvio padrão e diferenças estatisticamente significativas dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) no que diz respeito à relevância de promover os objectivos estratégicos de cada fase

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Teste de Dunn's
CMER	OTP	30	6.03	1.273	2	7	
	OTCC	35	5.83	1.043	2	7	
	OTI	45	5.80	1.561	1	7	
	Total	110	5.87	1.328	1	7	
ACES	OTP	30	6.00	1.259	2	7	ab ^a
	OTCC	35	5.57	1.119	3	7	b ^a
	OTI	45	6.24	1.171	2	7	a ^a
	Total	110	5.96	1.203	2	7	
CNSRES	OTP	30	6.23	1.040	3	7	a ^a
	OTCC	35	5.23	1.087	4	7	b ^a
	OTI	45	5.78	1.550	1	7	a ^a
	Total	110	5.73	1.333	1	7	
RR	OTP	30	6.33	.922	4	7	
	OTCC	35	5.89	.932	4	7	
	OTI	45	6.04	1.127	2	7	
	Total	110	6.07	1.020	2	7	
IAR	OTP	30	5.47	1.432	2	7	
	OTCC	35	5.57	1.195	3	7	
	OTI	45	5.82	1.435	1	7	
	Total	110	5.65	1.359	1	7	
CM	OTP	30	5.53	1.306	2	7	
	OTCC	35	5.54	1.039	3	7	
	OTI	45	5.76	1.171	1	7	
	Total	110	5.63	1.164	1	7	
AFPR	OTP	30	6.00	1.232	3	7	
	OTCC	35	5.77	1.114	3	7	
	OTI	45	6.11	1.283	1	7	
	Total	110	5.97	1.215	1	7	

^aLetras diferentes indicam diferenças estatisticamente significativa na relevância atribuída aos itens ($p < .05$)

3.2. Comparação entre terapeutas mais e menos experientes relativamente ao grau de acordo no que diz respeito à relevância de promover os objectivos estratégicos

Não foram encontradas diferenças significativas entre terapeutas mais e menos experientes na relevância atribuída aos itens agrupados nas diversas fases ($p > .05$, teste t-Student ou teste U de Mann Withney) (Anexo Q). No entanto, podemos observar, pela média das respostas, que os terapeutas menos experientes tendem a atribuir maior relevância aos exemplos de objectivos estratégicos apresentados (Quadro 11).

Quadro 11. *Média e desvio padrão da relevância de promover os objectivos estratégicos dos dois grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)*

		N	Média	Desvio Padrão
CMER	≤ 5 anos	55	6.07	1.20
	> 5 anos	55	5.67	1.43
ACES	≤ 5 anos	55	6.13	1.06
	> 5 anos	55	5.80	1.32
CNSRES	≤ 5 anos	55	5.93	1.03
	> 5 anos	55	5.53	1.56
RR	≤ 5 anos	55	6.18	.86
	> 5 anos	55	5.96	1.15
IAR	≤ 5 anos	55	5.85	1.13
	> 5 anos	55	5.44	1.54
CM	≤ 5 anos	55	5.65	1.06
	> 5 anos	55	5.60	1.27
AFPR	≤ 5 anos	55	6.15	1.22
	> 5 anos	55	5.80	1.19

4. Análise relativa à forma como os participantes atribuem os objectivos estratégicos específicos a cada fase

No questionário que avalia esta questão apenas responderam 14 participantes. Por essa razão e pela variabilidade de respostas apenas é possível fazer uma análise a nível descritivo.

Considerou-se como relevantes e passíveis de consideração os itens que foram atribuídos 3, ou mais vezes, a cada uma das fases.

Na fase 1 – *Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico* - os itens que são mais indicados pelos participantes são: 7 - “*Procuró ajudá-lo(a) a sentir-se motivado(a) para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico*”; 14 - “*Procuró ajudá-lo(a) a sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia*”; 16 - “*Procuró ajudá-lo(a) a sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o(a) ajudar*” e 29 - “*Procuró ajudá-lo(a) a sentir-se numa relação de colaboração comigo*”. Estes itens são exemplos de trabalho terapêutico, que, de acordo com a componente sequencial de fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática, estão incluídos nesta primeira fase.

Na fase 2 – *Promover o aumento da consciência e experiência do self* – sobressaem os itens 2 - “*Procuró ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências*

problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente”; 3 - *“Procuro ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio(a) em conflito”*; 20 - *“Procuro ajudá-lo(a) a sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo(a)”*; e 22 - *“Procuro ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento”*. De notar que, dos itens que foram descritos, apenas o item 20, de acordo com o modelo, é um exemplo de objectivo estratégico inserido nesta fase do processo.

Na fase 3 – *Construir novos significados relativos à experiência e ao self* – o item que é mais observado é o 2 - *“Procuro ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente”*. Este item é um exemplo de objectivo estratégico da terceira fase.

À fase 4 – *Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das queixas* – os itens mais atribuídos são: 12 - *“Procuro ajudá-lo(a) a agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades”*; 23 - *“Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que só ele(a) é o agente activo das suas próprias escolhas”*; e 33 - *“Procuro ajudá-lo(a) a assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido”*. Tanto os itens 23 como 33 são exemplos de objectivos estratégicos pertencentes a esta fase.

Na fase 5 – *Implementar acções reparadoras* – o item mais assinalado é o 22 - *“Procuro ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento”*. Segundo o Modelo de Complementaridade Paradigmática este item não é considerado um exemplo de objectivo estratégico pertencente a esta fase.

Na fase 6 – *Consolidar a mudança* - os itens que se destacam são: 1 - *Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida*; 6 - *Procuro ajudá-lo(a) a generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida*; 15 - *Procuro ajudá-lo(a) a cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento*; 30 - *Procuro ajudá-lo(a) a assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros*; 33 - *Procuro ajudá-lo(a) a assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido*. De todos os exemplos de objectivos estratégicos que foram considerados como pertencentes a esta fase pelos participantes, apenas os itens 6 e 15, de acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática, é que se inserem nesta fase.

Por fim, na fase 7 – *Antecipar o futuro e prevenir recaídas* - os itens que se destacam são o 5 - *Procuo ajudá-lo(a) a antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico*; 8 - *Procuo ajudá-lo(a) a projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo*; e 35 - *Procuo ajudá-lo(a) a fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo*. Todos estes itens são objectivos estratégicos pertencentes a esta fase.

5. Análise relativa ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

De uma forma geral e a um nível descritivo pode-se afirmar que os terapeutas que responderam a este questionário utilizam as tácticas descritas no questionário (76% de respostas afirmativas e 24% de respostas negativas).

5.1. Comparação entre Orientações Teóricas relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

Surgiram diferenças significativas nos itens 1, 9, 15, 17, 35, 37, 41, 43, 44 e 48 para as diferentes orientações teóricas (Anexo R). Nos itens: 1 – “*Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia*” ($p = .030$, teste do Qui-quadrado); 9 – “*O(a) meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele(a) tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: fumar, comer, fazer exercício, verificar algo repetidamente, dizer ou pensar certas coisas, magoar-se a si próprio(a)*” ($p = .004$, teste do Qui-quadrado); 15 – “*Encorajo ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos como: relaxar os seus músculos, controlar as suas emoções, ser assertivo(a) com os outros, agir em situações sociais e no item*” ($p = .001$, teste do Qui-quadrado); 17 – “*Revejo ou atribuo exercícios para trabalho de casa, como: registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão e/ou praticar certos comportamentos*” ($p < .001$, teste do Qui-quadrado); 35 – “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos*” ($p = .012$, teste do Qui-quadrado); 37 – “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições*” ($p = .024$, teste do Qui-quadrado); 43- “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir*” ($p = .005$, teste do Qui-quadrado); 44 – “*Coloco o(a)*

meu/minha cliente a fazer role-plays (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações” (p= .024, teste do Qui-quadrado); e 48 – “*Tento ajudar o(a) meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema deriva de certas crenças ou regras que segue*” (p= .006, teste do Qui-quadrado); o grupo dos terapeutas psicanalíticos refere não utilizar estas táticas terapêuticas ao invés do grupo dos terapeutas cognitivo-comportamentais e dos terapeutas integrativos. No que toca ao item 41 – “*Abordo frequentemente as experiências de infância do(a) meu/minha cliente*” (p= .048, teste do Qui-quadrado), a diferença que surge é entre os terapeutas com orientação cognitivo-comportamental que referem que não usam esta tática terapêutica ao invés dos outros dois grupos de terapeutas que referem que usam.

Em certos itens não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado e, na generalidade, é por todos os inquiridos terem respondido SIM.

Ainda, pelo Quadro 12 verifica-se que o grupo com menos respostas afirmativas é o grupo dos terapeutas com orientação psicanalítica. O grupo com mais repostas afirmativas é o dos terapeutas integrativos.

Quadro 12. *Distribuição das respostas dos diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) por grupo de orientação teórica relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos*

	Frequência		Porcentagem	
	Sim	Não	Sim	Não
OTP	230	129	64	36
OTCC	286	84	77	23
OTI	310	47	87	13
Total	826	260	76	24

5.2. Comparação entre terapeutas mais e menos experientes relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois níveis de experiência clínica nos itens 1 - *Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia* (p= .028, teste do Qui-quadrado); 47 – *Encorajo o(a) meu/minha cliente a focar-se na sua experiência momento-a-momento* (p= .003, teste do Qui-quadrado); 51 - *Encorajo o(a) meu/minha cliente a explorar de que maneiras pode fazer mudanças nas suas relações, como formas de: resolver um conflito numa relação,*

satisfazer uma necessidade, estabelecer novas relações ou contactar velhos amigos e evitar problemas que experienciou em relações anteriores ($p = .019$, teste do Qui-quadrado); e 55 - *Encorajo o(a) meu/minha cliente a pensar de que formas se pode preparar para futuras mudanças significativas nas suas relações, como: aprender novas aptidões e arranjar novos amigos* ($p = .034$, teste do Qui-quadrado). O grupo com menor experiência clínica deu mais respostas afirmativas em relação ao grupo mais experiente para estes quatro itens (Ver Anexo S).

A título de curiosidade pode ainda ser referido que o grupo menos experiente respondeu 488 SIM's (81%) vs. 113 NÃO's (19%) e o grupo mais experiente respondeu 338 SIM's (70%) vs. 147 NÃO's (30%).

Um dos objectivos da apresentação deste questionário era perceber em que fase(s) os respondentes inseriam estes exemplos de tácticas terapêuticas. Não foi possível fazer nenhuma inferência estatística dado o reduzido número de respostas. A variabilidade de respostas não permitiu, por sua vez, fazer nenhuma análise a nível descritivo.

4. Discussão e Conclusões

O presente estudo, de natureza quantitativa, enquadrado na componente sequencial de fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática centrou-se na análise da perspectiva dos psicoterapeutas em relação a componentes estratégicos e táticos do processo terapêutico. Realizaram-se comparações relativas a duas variáveis: orientação teórica - segundo a qual os terapeutas regem a sua prática clínica - e a sua experiência profissional. A investigação torna-se relevante uma vez que as representações dos terapeutas face à terapia se reflectem na prática clínica.

A aplicação de um conjunto de questionários, representativos dos componentes estratégicos e táticos do processo terapêutico, permitiu atingir o objetivo pretendido.

Ao longo da revisão de literatura apresentada na presente dissertação surgem teorias e estudos relativos à temática que irão ser contrastados com os resultados obtidos na presente investigação. Esta discussão, tal como a análise dos resultados obtidos, será feita seguindo a ordem das questões de investigação. No final apresentar-se-ão as conclusões gerais, as limitações do presente estudo e sugestões de estudos futuros.

A primeira questão de investigação refere-se ao grau de acordo entre terapeutas no que diz respeito às fases do processo terapêutico.

De uma forma geral a amostra de terapeutas concorda com a existência das fases constitutivas do processo terapêutico propostas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática. Desta forma, é possível afirmar que este resultado sugere evidência a favor das fases propostas por este modelo.

As fases do processo terapêutico são constituídas pelos objectivos estratégicos, e, como referido no primeiro capítulo, é ao nível dos objectivos estratégicos (i.e., nível intermédio de abstracção) que se verificam mais semelhanças entre as diferentes perspectivas teóricas (Goldfried & Wolfe, 1998; Goldfried, 1980). Espera-se que, ao comparar os diferentes grupos com diferentes orientações teóricas (Orientação Psicanalítica, Orientação Cognitivo-Comportamental e Orientação Integrativa), não surjam diferenças no grau de concordância no que diz respeito às fases. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro da teoria citada: na presente investigação não surgem diferenças a nível dos objectivos estratégicos entre os terapeutas com diferentes orientações teóricas. Também se verifica um acordo relativamente às fases do processo terapêutico quando se comparam os terapeutas mais experientes com os terapeutas menos

experientes. Os dados sugerem que a concordância com as fases do processo terapêutico não varia com a experiência clínica.

A *segunda questão de investigação* é relativa à forma como os terapeutas sequeciam as fases do processo terapêutico.

O Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática propõe que o processo terapêutico é composto pela seguinte sequência de fases: (1) Confiança, motivação, e estruturação da relação; (2) Ampliação da consciência da experiência e do *Self*; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; (4) Regulação da responsabilidade; (5) Implementação de acções reparadoras; (6) Consolidação da mudança; e (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída (Gonçalves & Vasco, 2001; Vasco, 2001).

Os terapeutas da amostra da presente investigação consideram, em média, que o processo terapêutico se desenrola da seguinte forma: (1) Confiança, motivação, e estruturação da relação; (4) Regulação da responsabilidade; (2) Ampliação da consciência da experiência e do *Self*; (5) Implementação de acções reparadoras; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; (6) Consolidação da mudança; e (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída.

Ao analisar as diferenças significativas que surgem nota-se uma tendência para atribuir correctamente a posição das fases iniciais e finais, e para confundir as fases intermédias. Este resultado vai na direcção do que foi verificado por Vasco (2006), onde é mais claro o que se passa nas fases iniciais e finais do processo terapêutico do que aquilo que se passa em fases intermédias. Este facto pode-se dever às movimentações naturais que ocorrem entre as fases durante um processo de terapia. As fases inerentes à sequência de objectivos estratégicos sobrepõem-se parcialmente, podem variar em duração e podem ser parcialmente cíclicas no sentido de se verificarem movimentos de avanço e de recuo (Vasco, 2006). Esta pode ser a explicação para a tendência que existe para confundir as fases intermédias da sequência.

A fase 4 – Regulação da Responsabilidade - surge em segundo lugar e, segundo alguns dos participantes, é classificada como a primeira fase do processo terapêutico. Numa tentativa de explicar este acontecimento, pode ser encarada a hipótese na forma como os terapeutas interpretam esta fase não ser a esperada de acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática. Ou seja, talvez a “responsabilidade” seja atribuída à motivação do paciente em relação à terapia (i.e., a sua motivação para mudar, o seu

compromisso com a terapia, o comparecimento às sessões); e não à “responsabilidade” do paciente enquanto agente na manutenção e modificação do seu próprio comportamento (i.e., perceber que apenas ele é responsável por cuidar de si, que é ele que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades, e que é ele o agente activo das suas próprias escolhas).

Mais uma vez e como se esperava, por se tratar de um nível intermédio de abstracção não surgem diferenças significativas entre os grupos de diferentes orientações teóricas. Também não são encontradas diferenças significativas em relação ao nível de experiência clínica.

Em relação à *terceira questão de investigação* é analisada a relevância de promover os objectivos estratégicos específicos de cada fase.

No geral os terapeutas consideram a promoção dos objectivos estratégicos apresentados como bastante relevante para a terapia. Este resultado vem apoiar a importância e utilidade da componente sequencial de fases proposta pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Ao analisar o conjunto dos 35 itens surgem algumas diferenças significativas. Dos 35 objectivos estratégicos apresentados, três surgem como significativamente mais relevantes, a saber: 4 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a perceber que é ele(a) que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades*”; 10 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio(a) num todo congruente e suficientemente satisfeito*”; 18 – “*Não procuro ajudá-lo(a) a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio(a)*”.

A explicação para estes itens terem surgido como significativamente mais relevantes pode assentar no facto de que os terapeutas, ao quererem enfatizar que de facto “procuravam” fazer o que estava descrito nos itens, atribuíram-lhes classificações muito baixas que, ao serem invertidas se revelaram em classificações muito altas. Ou seja, os terapeutas ao analisar estes itens percebiam que, por exemplo, *não procurar ajudar o paciente a perceber que é ele que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades*, não era nada relevante para a progressão da terapia, então atribuíam classificações muito baixas (e.g., 1- “Nada Relevante”) que ao serem invertidas se transformavam em classificações muito altas (7 – “Totalmente Relevante”). Estas classificações muito altas acabaram por se revelar significativas em relação às restantes, podendo ser esta a justificação para as diferenças que surgiram entre itens.

A investigação sugeriu que é igualmente relevante promover os objectivos estratégicos das diferentes fases do processo terapêutico. Ou seja, quando comparada a relevância de promover os objectivos estratégicos inseridos em cada escala não surgem diferenças significativas.

Mais uma vez encontramos-nos ao nível dos objectivos estratégicos, i.e., ao nível intermédio de abstracção, ou seja, segundo a literatura apresentada não é esperado que surjam diferenças relevantes entre diferentes grupos de terapeutas a este nível (Goldfried, 1980).

No presente estudo surgem diferenças significativas no sentido de o grupo dos terapeutas com Orientação Cognitivo-Comportamental considerar menos relevante a promoção dos objectivos estratégicos presentes nas fases (ACES) - *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* e (CNSRES) - *Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self* em comparação com os dois outros grupos (terapeutas com orientação psicanalítica e terapeutas com orientação integrativa). Mais uma vez a forma como os participantes interpretam as fases é determinante para os resultados obtidos e dessa forma pode ter surgido este resultado menos esperado.

Não foram encontradas diferenças significativas entre terapeutas mais e menos experientes na relevância atribuída aos itens agrupados nas diferentes fases.

Relativamente à *quarta questão de investigação*, que pretende analisar a forma como os terapeutas atribuem os objectivos estratégicos a cada fase, apenas foi possível fazer uma análise a nível descritivo. É notada uma tendência para se atribuir mais correctamente os objectivos estratégicos correspondentes à primeira e à última fase, tal como foi notada uma tendência para, aquando da sequenciação das fases, se atribuírem mais correctamente as posições da primeira e da última fase. Mais uma vez este estudo vai de encontro a estudos anteriores (Conceição, 2005; Vasco, 2006) que sugerem que os objectivos das fases iniciais e finais são mais consistentes e estáveis.

Esta questão apresenta algumas limitações o que não permite retirar conclusões suficientemente consistentes. Para começar, a diminuída taxa de resposta não permite fazer generalizações. Também se pode referir a variabilidade de respostas, ou seja, uns participantes atribuíram maior número de itens a certas fases do que outros. Importa ainda mencionar que os itens que começam por “Não procuro...” não foram atribuídos a nenhuma fase visto que não eram considerados como objectivos estratégicos relevantes

para os participantes da amostra - não permitindo assim perceber se, caso estes itens estivessem redigidos na forma afirmativa, iriam ser atribuídos às fases correspondentes.

Voltando a referir os níveis de abstracção propostos por Goldfried (1980), a *quinta questão de investigação* refere-se a um nível mais baixo de abstracção, ou seja, a um nível tático. Aqui, segundo o mesmo autor, é esperado um menor grau de acordo entre orientações teóricas. Tal como nos estudos referidos na revisão de literatura (Haan & Lee, 2014; Jones & Pulos, 1993; Larsson, Kald, & Broberg, 2009) também no presente estudo surgem diferenças significativas a nível das táticas utilizadas pelos terapeutas que se regem por diferentes orientações teóricas.

Verificam-se diferenças entre o grupo de terapeutas psicanalíticos, que não concordam com alguns exemplos de trabalho terapêutico que são mais típicos de uma intervenção a nível cognitivo e a nível comportamental (a saber: “*Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia*”; “*O(a) meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele(a) tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: fumar, comer, fazer exercício, verificar algo repetidamente, dizer ou pensar certas coisas, magoar-se a si próprio(a)*”; “*Encorajo ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos como: relaxar os seus músculos, controlar as suas emoções, ser assertivo(a) com os outros, agir em situações sociais e no item*”; “*Revejo ou atribuo exercícios para trabalho de casa, como: registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão e/ou praticar certos comportamentos*”; “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos*”; “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições*”; “*Encorajo o(a) meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir*”; “*Coloco o(a) meu/minha cliente a fazer role-plays (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações*”; e “*Tento ajudar o(a) meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema deriva de certas crenças ou regras que segue*”), ao invés dos restantes terapeutas que referem que utilizam este tipo de táticas.

Surge também uma diferença noutro exemplo de tática típica de uma intervenção Psicanalítica: “*Abordo frequentemente as experiências de infância do(a) meu/minha cliente*”. Aqui, a diferença surge no sentido em que os terapeutas com orientação cognitiva-comportamental referem que não usam esta tática terapêutica, ao contrário dos outros dois grupos de terapeutas que referem que usam.

Ainda, e como esperado, o grupo dos terapeutas integrativos revelou-se como o grupo que afirma utilizar um maior número de táticas presentes no questionário.

Em relação à comparação entre terapeutas mais e menos experientes é esperado que surjam diferenças no sentido de haver mais concordância com a utilização das táticas apresentadas para o grupo dos terapeutas mais experientes, visto que estes terapeutas se consideram mais integrativos (Larsson, Kaldø, & Brogberg, 2010). Ao contrário do que a literatura propõe, o grupo dos terapeutas menos experientes demonstrou concordar mais com as táticas apresentadas do que o grupo dos terapeutas mais experientes.

Este resultado pode ser explicado de diversas formas. Por um lado, os terapeutas menos experientes podem ainda não distinguir o que são as táticas que promovem, e as que não promovem, a mudança em terapia, pelo facto de ainda não ter havido uma “triagem” nesse sentido devido à pouca experiência profissional. Também pode ser referido que, no presente estudo, a experiência clínica está a ser avaliada pela quantidade de tempo (em anos) que o participante exerce o trabalho de terapeuta e não está a ser considerado o nível de desenvolvimento epistemológico. Como referido na revisão de literatura, terapeutas com níveis elevados de desenvolvimento epistemológico possuem atitudes clínicas e comportamentos tendencialmente mais integrativos (Vasco & Dryden, 1997). Provavelmente, se fosse analisada esta variável os resultados surgiam alinhados com a literatura.

Concluindo, a presente investigação procurou analisar a perspectiva dos psicoterapeutas em relação a componentes do processo terapêutico, comparando duas variáveis: orientação teórica pela qual os terapeutas guiam a sua prática e a experiência clínica. Tal como esperado, a nível estratégico foi possível encontrar semelhanças entre as diferentes orientações teóricas mas a nível tático, ou seja, a nível das técnicas e procedimentos de intervenção, as semelhanças revelaram-se cada vez menores e as diferenças mais notáveis. Infelizmente, não foi possível retirar conclusões suficientemente consistentes em relação à variável experiência clínica.

Ainda em modo de conclusão, o facto de os terapeutas concordarem com as fases do processo terapêutico e com os objectivos estratégicos específicos das fases, e considerarem ambos relevantes para promover o trabalho em terapia, dá apoio empírico e confirma a importância e a utilidade da componente sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática. Ou seja, este estudo vem reforçar a evidência já

acumulada em torno do componente sequencial de fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Ao nível de implicações para a prática clínica, o presente estudo veio demonstrar o potencial da sequenciação de fases propostas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática como uma ferramenta de análise e de conceptualização da evolução dos pacientes e como um auxiliar da tomada de decisão clínica. Ao reforçar a robustez e utilidade da sequência de fases proposta pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática e ao analisar as vantagens da utilização de um modelo integrativo no capítulo da revisão de literatura espera-se que os terapeutas, cada vez mais, trabalhem ao longo do processo terapêutico de uma forma responsiva baseando-se numa sequência de objectivos estratégicos a promover.

No presente estudo surgem algumas limitações que são importantes referir. A taxa de resposta ao questionário foi baixa, o que levou a que a amostra fosse reduzida. A acrescer ao facto de a amostra ser reduzida trabalhou-se com uma amostra de conveniência, ou seja, a possibilidade de generalização dos resultados fica afastada pois a amostra não é representativa da população de terapeutas portugueses existindo uma grande desproporção desde logo ao nível do género (86,4% de participantes são do sexo feminino). Com isto, é necessário ter muita cautela na interpretação dos resultados e na generalização dos mesmos à população de psicoterapeutas e psicólogos clínicos portugueses.

No que toca aos questionários aplicados para recolha de dados surgiram alguns valores do alfa de *Cronbach* bastante reduzidos para algumas subescalas. Nestas, onde a consistência interna se revelou reduzida (Pallant, 2005), é necessário ter um cuidado acrescido na interpretação dos resultados.

O método de recolha de dados *online* constitui também uma limitação visto que impossibilita o controlo das condições de preenchimento (o que teria sido importante) surgindo assim algumas limitações que já foram apresentadas no capítulo da metodologia (a saber: incontrolabilidade de diversas componentes contextuais, motivacionais ou respostas nulas/omissas e a impossibilidade de esclarecer dúvidas no momento).

Finalmente, o facto de a variável Experiência Clínica ter sido medida de acordo com o número de anos de prática clínica também constitui uma limitação nas interpretações dos resultados visto que o número de anos de prática clínica não prediz a experiência clínica (i.e., o facto de um terapeuta exercer terapia durante muitos anos não

faz dele um perito). Aqui seria então interessante avaliar o nível de desenvolvimento epistemológico que penso que já seja mais passível de interpretações correctas.

Algumas limitações podem ser colmatadas em estudos futuros de forma a melhor atingir certos objectivos que não foram alcançados neste estudo. Começando pelos métodos de recolha de dados, seria importante criar uma forma de recolher dados que demorasse menos tempo, ou seja, questionários menos morosos de forma a se conseguir obter uma maior amostra para o estudo. Ainda nos métodos de recolha, caso se aplicasse os questionários presencialmente não existiriam tantas respostas omissas e conseguiriam ser colmatadas as limitações que um processo de recolha de dados *online* acarreta, apesar de, provavelmente, aumentarem os custos e o tempo despendido.

Seria importante também fazer comparações entre grupos que envolvam as duas variáveis em estudo – orientação teórica e experiência clínica – de forma a contrastar com alguns estudos já existentes sobre este tema (Fiedler, 1951; Vasco & Dryden, 1997).

Nos questionários onde foi solicitado aos participantes que incluíssem tanto os objectivos estratégicos nas diferentes fases (EEF) como as tácticas nas diferentes fases (MULTI – 2ª parte) não foi possível tirar conclusões. Em estudos futuros, seria importante desenvolver um método eficaz para investigar de que forma os terapeutas incluem os objectivos estratégicos e as tácticas nas diferentes fases.

5. Referências Bibliográficas

- Anthony, N. (1967). A longitudinal analysis of the effect of experience on the therapeutic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 512-516.
- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258-297). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- Benjamin, L. S., (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L. S., (2003). *Interpersonal reconstructive therapy*. New York: Guilford.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Conceição, N. M. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: Integrative decision making in real-world psychotherapy*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal
- Cravo, A., & Moleiro, C. (2011). Que integração em psicoterapia: Um estudo descritivo das práticas de psicoterapeutas Portugueses. *Análise Psicológica*. 29 (2), 215-230
- Ferreira, A. (2013). *Estratégias gerais e intervenções técnicas específicas no processo de tomada de decisão em psicoterapia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.
- Ferreira, J. F. (2015). *Phase progression throughout the therapeutic process: longitudinal case studies*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.

- Ferreira, J. F., Conceição, N., & Vasco, A. B. (2011). Movimentação e diferenciação narrativa ao longo do processo terapêutico: Um estudo de caso longitudinal à luz do modelo de complementaridade paradigmática. *Psicologia, 25*(1), 173-201.
- Fiedler, F. E. (1951). Factor analyses of psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapeutic relationships. *Journal of Consulting Psychology, 15*, 32-38.
- Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change Theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 224-234.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*, 991-999.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66*, 143–150.
- Gonçalves, I.C., & Vasco, A.B. (2001). Estudo de Caso de uma “Perturbação Borderline de Personalidade” à luz do Modelo de Complementaridade Paradigmática. *Psicologia, 15*, 227-266.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Haan, K., & Lee, C. (2014) Therapists' thoughts on therapy: Clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches, *Psychotherapy Research, 24* (5), 538-549.
- Harper, F. D., & Bruce-Sanford, G. C. (1981). *Counseling techniques: An outline and overview*. Alexandria, VA: Douglass.
- Howard, K. I., Lueger, R., Maling, M., & Lutz, W. (1993). A phase model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 678-685.
- James, I. A. (2001). Schema therapy: The next generation, but should it carry a health warning? *Behavioural and Cognitive Psychology, 29*, 401–407.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306-16.

- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed.)*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons.
- Larsson, B. P. M., Kaldø, V., & Broberg, A. G. (2009). Similarities and differences between practitioners of psychotherapy in Sweden: A comparison of attitudes between psychodynamic, cognitive, cognitive-behavioral, and integrative therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (1), 34-66.
- Larsson, B. P., Kaldø, V., & Broberg, A., G. (2010). Theoretical orientation and therapists' attitudes to important components of therapy: a study based on the valuable elements in psychotherapy questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (3), 161-172.
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26 (2), 223-73.
- Luz, C. (2014). *Diferentes níveis de abstração no processo de tomada de decisão de psicoterapeutas: um estudo misto exploratório da relação entre técnicas específicas e estratégias gerais*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (5^aed)*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Meier, A., & Bovin, M. (1998). *The seven phase model of the change process: Theoretical foudation, definitions, coding guidelines, training procedures, and research data*. St. Paul University, Ottawa, Ontario, Canada.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188-197.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed.), pp. 3-21. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). *Psychotherapy integration: setting the context*. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, 3-45.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154.

- Pallant, J. (2005). *Spss survival manual: A step by step guide to data analysis using spss for windows* (version 12). Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Peterson, G., & Bradley, R. W. (1980) Counselor orientation and theoretical attitudes toward counseling: Historical perspective and new data. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 554-560.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 20 (2), 161-173.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 303-313). Oxford: Oxford University Press.
- Reips, U. (2000). The web experiment method: Advantages, disadvantages, and solutions. In M. H. Birnbaum (ed.) *Psychological Experiment on the Internet* (Cap.4). Academic Press.
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians?. *Clinical Psychology: science and practice*, 18 (4), 357-371.
- Safran, J. D., & Murran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
- Simões, A. (2012). *Identificação de marcadores de capacidade estrutural de processamento em processos psicoterapêuticos de médio-longo curso: Uma análise qualitativa consensual*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of Problematic Experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (4), 439-458.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.

- Sundland, D. M., & Barker, E. N. (1962). The orientations of psychotherapists. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 201-212.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, XV, 219-226.
- Vasco, A. B. (2005). Creio num engenho que falta mais fecundo de harmonizar as partes dissonantes: Fundamentação para a integração em psicoterapia. *PsiLogos*, 1, pp.77-94.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A. B. (2008). Psychotherapy integration in Portugal. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1 (18), 14-20.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (Maio, 2003). *A Hardly Recognized Similarity in Psychotherapy: Temporal Sequence of Strategic Objectives*. Comunicação apresentada na 19ª conferência anual da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, New York, US.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (Outubro, 2003). *Sequência Temporal das Fases do Processo Terapêutico no Modelo de “Complementaridade Paradigmática”: Desenvolvimentos Empíricos*. Comunicação apresentada no Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (Junho, 2004). *When, in the process, should it happen? Temporal sequencing of strategic objectives*. Poster apresentado no “35º Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research,” Roma, Itália.7
- Vasco, A. B., & Dryden, W. (1994). The development of psychotherapists' theoretical orientation and clinical practice. *British Journal of Guidance and Counseling*, 22, 327-341
- Vasco, A. B., & Dryden, W. (1997). Does development do the deed?: Clinical experience and epistemological development together account for similarities in therapeutic style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 262-271
- Vasco, A. B., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim!: Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, Vol. XVII, nº 2, pp. 485- 495

Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: Impactos na aliança terapêutica. *Psicologia, XV*, 299-308.

Anexos

Anexo A

Componente Sequencial de 7 Fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática

Componente sequencial de 7 fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática

7

ANTECIPAÇÃO DO FUTURO E PREVENÇÃO DA RECAÍDA

- 7c. reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida
- 7d. integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo/a
- 7e. fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo
- 7b. antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico
- 7a. projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo

6

CONSOLIDAÇÃO DA MUDANÇA

- 6e. desenvolver ou fortalecer relações / situações que apoiem as suas escolhas
- 6d. generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida
- 6c. aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade
- 6b. cuidar-se emocionalmente no que respecta à expressão da sua identidade e crescimento
- 6a. lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento

5

IMPLEMENTAÇÃO DE ACÇÕES REPARADORAS

- 5e. lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades
- 5d. agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades
- 5c. integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito
- 5b. afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade
- 5a. escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal

4

REGULAÇÃO DA RESPONSABILIDADE

- 4e. reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas
- 4d. compreender quando e como é que ele/a próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais
- 4c. perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades
- 4b. assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido
- 4a. assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam ou não às expectativas dos outros

3

CONSTRUÇÃO DE NOVOS SIGNIFICADOS RELATIVOS À EXPERIÊNCIA E AO PRÓPRIO

- 3e. formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamentos problemáticos
- 3d. compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades
- 3c. superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores
- 3b. identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento
- 3a. perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente

2

AMPLIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DA EXPERIÊNCIA E DO SELF

- 2e. traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento)
- 2d. sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo/a
- 2c. tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito
- 2b. ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a)
- 2a. explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio/a

1

CONFIANÇA, MOTIVAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA RELAÇÃO

- 1e. sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico
- 1d. sentir um clima de segurança e confiança na capacidade do terapeuta para o/a ajudar
- 1c. negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível
 - 1b. sentir-se numa relação de colaboração com o terapeuta
 - 1a. sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia

Anexo B

Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Idade: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Anos de prática clínica: _____

O seu local de trabalho é num contexto público ou privado? _____

Formação:

1. Licenciatura ☐
2. Formação em Prática Psicoterapêutica ☐ (se sim, qual? _____)
3. Pós-graduação ☐
4. Mestrado ☐
5. Doutoramento ☐

Pertence a alguma associação ou sociedade relacionada com a área da Psicoterapia?

Não ☐

Sim ☐ (Se sim, qual? _____)

Teve alguma formação sobre o componente sequencial de fases do modelo meta-integrativo de Complementaridade Paradigmática?

Não ☐

Sim ☐ (Se sim, qual? _____)

CCQ-P (P) Relativamente à sua **orientação teórica**, indique por favor até que ponto orienta a sua **prática terapêutica actual** por cada uma das perspectivas teóricas seguintes:

	<i>Nada</i>					<i>Muito</i>
1. Psicanalítica/Psicodinâmica	0	1	2	3	4	5
2. Comportamental	0	1	2	3	4	5
3. Cognitiva	0	1	2	3	4	5
4. Humanista	0	1	2	3	4	5
5. Teoria dos Sistemas	0	1	2	3	4	5
6. Outros [especifique]:	0	1	2	3	4	5

Anexo C

Questionário de Perspectivas em Relação às Fases (QPFPT)

Questionário de Perspectivas em Relação às Fases (QPFPT)

Sendo a psicoterapia um processo não estático, eventualmente constituído por diversas fases (tendencialmente sequenciais), referentes a trabalho terapêutico relativo à promoção de objectivos estratégicos, pedimos-lhe que, tendo em conta a sua prática e experiência enquanto terapeuta, avalie o seu grau de acordo/desacordo relativo à existência de cada uma das seguintes fases constitutivas do processo terapêutico.

Auxiliar o paciente a:

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Concordo um pouco</i>	<i>Concordo Moderadamente</i>	<i>Concordo Muito</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas.	1	2	3	4	5
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico.	1	2	3	4	5
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas.	1	2	3	4	5
d. Implementar acções reparadoras.	1	2	3	4	5
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self.	1	2	3	4	5
f. Consolidar a mudança.	1	2	3	4	5
e. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self.	1	2	3	4	5

Anexo D

Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT)

Escala de Sequência das Fases do Processo Terapêutico (ESFPT)

Pedimos-lhe agora que ordene cada fase (desde que lhe tenha atribuído um valor de pelo menos 2 na classificação anterior) pela **sequência em que pensa ocorrer no processo terapêutico**. Assim, para cada uma das fases, pedimos-lhe que assinale com um **X** a posição correspondente à sua sequência no processo terapêutico. Note que, a cada uma das fases pode apenas ser atribuída uma posição na sequência.

Auxiliar o paciente a:

	<i>i</i>	<i>ii</i>	<i>iii</i>	<i>iv</i>	<i>v</i>	<i>vi</i>	<i>vii</i>
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas.							
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico.							
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas.							
d. Implementar acções reparadoras.							
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self.							
f. Consolidar a mudança.							
e. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self.							

Protegido por Direitos de
Autor

Protegido por Direitos de

Anexo E

Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE)

Questionário de Promoção de Objectivos Estratégicos (QPOE)

Pedimos-lhe agora, **tendo em conta a sua prática e experiência** enquanto terapeuta, para explicitar em que medida tende a considerar como relevantes, para a progressão do processo, a promoção de cada um dos seguintes exemplos de objectivos estratégicos:

Autor	Protegido por Direitos de Autor						
	<i>Nada Relevante</i>	<i>Muito Pouco Relevante</i>	<i>Pouco Relevante</i>	<i>Moderadamente Relevante</i>	<i>Bastante Relevante</i>	<i>Muito Relevante</i>	<i>Totalmente Relevante</i>
1. Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida.	1	2	3	4	5	6	7
2. Procuro ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente.	1	2	3	4	5	6	7
3. Procuro ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito.	1	2	3	4	5	6	7
4. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
5. Procuro ajudá-lo(a) a antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico	1	2	3	4	5	6	7
6. Procuro ajudá-lo(a) a generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Procuro ajudá-lo(a) a sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico.	1	2	3	4	5	6	7
8. Procuro ajudá-lo(a) a projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Procuro ajudá-lo(a) a traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento).	1	2	3	4	5	6	7
10. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito.	1	2	3	4	5	6	7
11. Procuro ajudá-lo(a) a compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades.	1	2	3	4	5	6	7
12. Procuro ajudá-lo(a) a agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
13. Procuro ajudá-lo(a) a compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais.	1	2	3	4	5	6	7
14. Procuro ajudá-lo(a) a sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia.	1	2	3	4	5	6	7
15. Procuro ajudá-lo(a) a cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento.	1	2	3	4	5	6	7
16. Procuro ajudá-lo(a) a sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o/a ajudar.	1	2	3	4	5	6	7

	<i>Nada Relevante</i>	<i>Muito Pouco Relevante</i>	<i>Pouco Relevante</i>	<i>Moderadamente Relevante</i>	<i>Bastante Relevante</i>	<i>Muito Relevante</i>	<i>Totalmente Relevante</i>
17. Procuo ajudá-lo(a) a ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a).	1	2	3	4	5	6	7
18. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio/a.	1	2	3	4	5	6	7
19. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamento problemáticos.	1	2	3	4	5	6	7
20. Procuo ajudá-lo(a) a sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
21. Procuo ajudá-lo(a) a superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores.	1	2	3	4	5	6	7
22. Procuo ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento.	1	2	3	4	5	6	7
23. Procuo ajudá-lo(a) a reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas.	1	2	3	4	5	6	7
24. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade.	1	2	3	4	5	6	7
25. Procuo ajudá-lo(a) a lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
26. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
27. Procuo ajudá-lo(a) a afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade.	1	2	3	4	5	6	7
28. Procuo ajudá-lo(a) a escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal.	1	2	3	4	5	6	7
29. Procuo ajudá-lo(a) a sentir-se numa relação de colaboração comigo.	1	2	3	4	5	6	7
30. Procuo ajudá-lo(a) a assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
31. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível.	1	2	3	4	5	6	7
32. Procuo ajudá-lo(a) a desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas.	1	2	3	4	5	6	7
33. Procuo ajudá-lo(a) a assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido.	1	2	3	4	5	6	7
34. Procuo ajudá-lo(a) a lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento.	1	2	3	4	5	6	7
35. Procuo ajudá-lo(a) a fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo F

Escala de Enquadramento na Fase (EEF)

Escala de Enquadramento na Fase (EEF)

Pedimos-lhe agora para atribuir a cada fase, que anteriormente ordenou (cf. ESFPT), os exemplos de trabalho terapêutico favoráveis à evolução do paciente que considera que melhor a caracterizam. Para isso, coloque no cabeçalho de cada rectângulo as designações relativas às fases, tal como as ordenou, da primeira para a última fase. Atribua a cada fase o número identificativo dos itens que considera serem mais ilustrativos, no máximo de 5 itens por fase. Caso alguns dos itens sejam ilustrativos de mais do que uma fase, pode atribuí-los a várias fases.

Autor

1.	Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida.
2.	Procuro ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente.
3.	Procuro ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito.
4.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades.
5.	Procuro ajudá-lo(a) a antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico.
6.	Procuro ajudá-lo(a) a generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida.
7.	Procuro ajudá-lo(a) a sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico.
8.	Procuro ajudá-lo(a) a projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo.
9.	Procuro ajudá-lo(a) a traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento).
10.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito.
11.	Procuro ajudá-lo(a) a compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades.
12.	Procuro ajudá-lo(a) a agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades.
13.	Procuro ajudá-lo(a) a compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais.
14.	Procuro ajudá-lo(a) a sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia.
15.	Procuro ajudá-lo(a) a cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento.
16.	Procuro ajudá-lo(a) a sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o/a ajudar.
17.	Procuro ajudá-lo(a) a ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a).
18.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio(a).
19.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamento problemáticos.
20.	Procuro ajudá-lo(a) a sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo(a).
21.	Procuro ajudá-lo(a) a superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores.
22.	Procuro ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento.

Protegido por Direitos de

23.	Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas.
24.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade.
25.	Procuro ajudá-lo(a) a lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades.
26.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo/a.
27.	Procuro ajudá-lo(a) a afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade.
28.	Procuro ajudá-lo(a) a escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal.
29.	Procuro ajudá-lo(a) a sentir-se numa relação de colaboração comigo.
30.	Procuro ajudá-lo(a) a assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros.
31.	NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível.
32.	Procuro ajudá-lo(a) a desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas.
33.	Procuro ajudá-lo(a) a assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido.
34.	Procuro ajudá-lo(a) a lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento.
35.	Procuro ajudá-lo(a) a fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo.

Protegido por Direitos de Autor

I	II	III
_____	_____	_____
_____	_____	_____
IV	V	VI
_____	_____	_____
_____	_____	_____
VII		

Protegido por Direitos de Autor

Protegido por Direitos de Autor

Anexo G

Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) - Adaptado

Multitheoretical List of Therapeutic Interventions - Adaptado
(MULTI - Adaptado)

Os itens seguintes representam formas específicas de promover o trabalho terapêutico. Pedimos-lhe agora que **considere as suas acções ao longo do processo terapêutico** e assinale com um **X** em ☐ S caso as realize ou em ☐ N caso **não** as realize. Para cada um dos itens pedimos ainda que, caso tenha assinalado “S”, considere em que fase(s), anteriormente ordenadas (c.f. ESFPT), os utiliza e coloque o número da(s) fase(s) no rectângulo respectivo ao item.

		Utiliza?		Em que fase(s)?
1.	Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia.	S	N	
2.	Faço ligações entre a situação actual do/a meu/minha cliente e o seu passado.	S	N	
3.	Foco-me na identificação de partes da personalidade do/a meu/minha cliente que estavam em conflito, como: <ul style="list-style-type: none"> • Uma parte que quer ser mais próxima dos outros e outra que não quer. 	S	N	
4.	Peço ao/à meu/minha cliente que visualize cenas ou situações específicas em detalhe.	S	N	
5.	Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações ou eventos específicos que tendem a preceder o seu comportamento problemático.	S	N	
6.	Foco-me frequentemente nas experiências recentes do/a meu/minha cliente.	S	N	
7.	Trabalho para dar ao/à meu/minha cliente esperança ou encorajamento.	S	N	
8.	Transmito a minha crença na eficácia dos métodos que estou a utilizar para ajudar o/a meu/minha cliente.	S	N	
9.	O/a meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele/ela tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: <ul style="list-style-type: none"> • fumar; • comer; • fazer exercício; • verificar algo repetidamente; • dizer ou pensar certas coisas; • magoar-se a si próprio/a. 	S	N	
10.	Devolvo ao/à meu/minha cliente (parafraseando) o significado do que ele/ela está a dizer.	S	N	
11.	Encorajo o/a meu/minha cliente a reconhecer ou nomear sentimentos que tem dentro ou fora da sessão.	S	N	
12.	Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre sentimentos que anteriormente evitou ou que nunca expressou.	S	N	
13.	Assinalo situações nas quais o comportamento do/a meu/minha cliente parece inconsistente com o que está a dizer, como quando: <ul style="list-style-type: none"> • de repente muda de humor ou assunto; • permanece em silêncio por um longo período de tempo; • ri, sorri, desvia o olhar, ou está desconfortável; • evita falar acerca de assuntos ou pessoas específicos. 	S	N	
14.	Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre o que lhe surgir na mente.	S	N	

15.	Encorajo ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos como: <ul style="list-style-type: none"> • relaxar os seus músculos; • controlar as suas emoções; • ser assertivo/a com os outros; • agir em situações sociais. 	S	N	
16.	Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar sobre, olhar para ou a tocar em coisas que tem medo.	S	N	
17.	Revejo ou atribuo exercícios para trabalho de casa, como: <ul style="list-style-type: none"> • registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão; • praticar certos comportamentos. 	S	N	
18.	Sou caloroso/a, compreensivo/a e aceiteante.	S	N	
19.	Assinalo temas ou problemas recorrentes nas relações do/a meu/minha cliente.	S	N	
20.	Falo sobre a função ou o propósito que o problema do/a meu/minha cliente pode ter, como: <ul style="list-style-type: none"> • permite-lhe que evite responsabilidades; • mantém os outros afastados dele/dela. 	S	N	
21.	Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar outras explicações para acontecimentos ou comportamentos, para além das que lhe vêm à mente em primeiro lugar.	S	N	
22.	Estabeleço ligações entre a forma como o/a meu/minha cliente age ou sente relativamente a mim e a forma como age ou sente nas suas outras relações.	S	N	
23.	Encorajo o/a meu/minha cliente a aperceber-se das escolhas que tem na sua vida.	S	N	
24.	O/a meu/minha cliente e eu falamos acerca dos seus sonhos, fantasias ou desejos.	S	N	
25.	Encorajo o/a meu/minha cliente a ponderar as consequências positivas e negativas de agir de uma nova forma.	S	N	
26.	Faço da sessão um espaço no qual o/a meu/minha cliente pode melhorar ou resolver os seus problemas.	S	N	
27.	Tento ajudar o/a meu/minha cliente a identificar as consequências (positivas ou negativas) do seu comportamento.	S	N	
28.	O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos juntos como uma equipa.	S	N	
29.	Dou ao /à meu/minha cliente conselhos ou sugiro-lhe soluções práticas para o seu problema.	S	N	
30.	Partilho informação pessoal com o/a meu/minha cliente.	S	N	
31.	Oiço atentamente o que o/a meu/minha cliente está a dizer.	S	N	
32.	Explico frequentemente o que eu estou a tentar fazer.	S	N	
33.	Guio a conversa a maior parte do tempo.	S	N	
34.	Saliento como os conflitos entre certas partes da personalidade do/a meu/minha cliente estão na base dos seus problemas.	S	N	
35.	Encorajo o/a meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos.	S	N	
36.	Foco a atenção nas formas como o/a meu/minha cliente lida com os seus problemas.	S	N	
37.	Encorajo o/a meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições.	S	N	
38.	Exploro os sentimentos do/a meu/minha cliente em relação à terapia.	S	N	

39.	Encorajo o/a meu/minha cliente a ver o seu problema numa perspectiva diferente.	S	N	
40.	Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar o significado pessoal de uma situação ou de um sentimento.	S	N	
41.	Abordo frequentemente nas experiências de infância do/a meu/minha cliente.	S	N	
42.	Concentro-me em melhorar a capacidade do/a meu/minha cliente em resolver os seus próprios problemas.	S	N	
43.	Encorajo o/a meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir.	S	N	
44.	Coloco o/a meu/minha cliente a fazer <i>role-plays</i> (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações.	S	N	
45.	Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como se relaciona com os outros, como é que este estilo de relacionamento se desenvolveu, e como está na base dos seus problemas.	S	N	
46.	Transmito o meu interesse em tentar compreender o que é que o/a meu/minha cliente está a experienciar.	S	N	
47.	Encorajo o/a meu/minha cliente a focar-se na sua experiência momento-a-momento.	S	N	
48.	Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema deriva de certas crenças ou regras que segue.	S	N	
49.	Encorajo o/a meu/minha cliente a questionar as suas crenças ou a descobrir falhas no seu raciocínio.	S	N	
50.	Foco a atenção numa preocupação específica nas relações do/a meu/minha cliente, como: <ul style="list-style-type: none"> • desentendimentos ou conflitos; • mudanças significativas; • perda de um ente querido; • solidão. 	S	N	
51.	Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar de que maneiras pode fazer mudanças nas suas relações, como formas de: <ul style="list-style-type: none"> • resolver um conflito numa relação; • satisfazer uma necessidade; • estabelecer novas relações ou contactar velhos amigos; • evitar problemas que experienciou em relações anteriores. 	S	N	
52.	Avalio os ganhos que o/a meu/minha cliente faz durante a terapia.	S	N	
53.	Avalio as dificuldades que o/a meu/minha cliente está a experienciar no momento.	S	N	
54.	Encorajo o/a meu/minha cliente a examinar as sua relações com os outros, como: <ul style="list-style-type: none"> • aspectos positivos e negativos das suas relações; • o que é que quer e o que é que os outros querem dele/dela; • a forma como age nas relações. 	S	N	
55.	Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar de que formas se pode preparar para futuras mudanças significativas nas suas relações, como: <ul style="list-style-type: none"> • aprender novas aptidões; • arranjar novos amigos. 	S	N	
56.	Tanto aceito o/a meu/minha cliente por aquilo que é, como o/a encorajo a mudar.	S	N	
57.	Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações nas quais os seus sentimentos foram invalidados <ul style="list-style-type: none"> • momentos em que uma pessoa significativa disse ao/à meu/minha cliente que os seus sentimentos estavam errados; • situações nas quais o/a meu/minha cliente teve sentimentos fortes que pareciam inapropriados. 	S	N	

58.	Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar em, ou a estar consciente de coisas na sua vida sem as julgar.	S	N	
59.	Deixo claro que o problema do/a meu/minha cliente era uma condição médica tratável.	S	N	
60.	Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como os seus problemas se deveram a dificuldades nas suas relações sociais.	S	N	

ANEXO H

Itens constituintes das subescalas do *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions*

Itens constituintes das subescalas do *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions*

Subescala	Itens
COMP	1, 4, 5, 6, 9, 15, 16, 17, 25, 27, 29, 33, 35, 36, 44
FC	7, 8, 18, 26, 28, 31, 42
COG	1, 5, 6, 17, 21, 25, 27, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 48, 49
CD	5, 9, 15, 35, 36, 56, 57, 58
INT	19, 50, 51, 54, 55, 59, 60
CP	10, 12, 14, 23, 40, 46, 47
PSIC	2, 12, 13, 14, 19, 20, 22, 24, 38, 40, 41, 45
EXP	3, 11, 12, 13, 23, 34, 39, 44, 47

Anexo I

Apresentação do Estudo

Apresentação do Estudo

Caro colega,

Sou aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia de Lisboa e encontro-me a realizar a Tese de Mestrado, supervisionada pelo Professor António Branco-Vasco.

Estou a desenvolver uma investigação no âmbito da Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia, para uma melhor compreensão da mesma.

Para se obterem dados representativos sobre factores relevantes para a evolução do processo terapêutico e desta forma se contribuir para melhor compreender e potencialmente otimizar a prática clínica de todos os psicoterapeutas, necessito da sua colaboração.

Deste modo, venho por este meio pedir a sua colaboração como participante deste estudo. A participação é anónima e confidencial. Todas as informações recolhidas serão utilizadas exclusivamente para efeitos de investigação e ficarão salvaguardadas na posse da investigadora e orientador, sendo estas as únicas pessoas com acesso aos dados. O preenchimento deste questionário levará cerca de 15 minutos.

Na eventualidade de surgir alguma dúvida sobre a colaboração ou preenchimento dos questionários, necessitar de esclarecimentos adicionais ou desejar obter informações sobre o resultado do estudo poderá contactar através do seguinte *e-mail*: francisca_feria@campus.ul.pt

Agradecendo a sua colaboração

Ao prosseguir estará a aceitar participar na investigação.

A investigadora,

Francisca Féria

Anexo J

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

	Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene)	ANOVA	Kruskal-Wallis
	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	.001	.381		.906
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	.000	.230		.721
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	.002	.983		.437
d. Implementar acções reparadoras	.001	.274		.834
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self	.000	.498		.873
f. Consolidar a mudança	.000	.988		.795
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self	.000	.116		.609

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo L

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às fases do processo terapêutico

	Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene)	Teste t	Teste U de Mann-Whitney
	Sig.	Sig.	Sig.
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	.218	.673	
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	.288	.727	
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	1.000	1.000	
d. Implementar acções reparadoras	.498	1.000	
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self	.652	.538	
f. Consolidar a mudança	.058	.135	
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self	.021		.300

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo M

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico

	Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene)	ANOVA	Kruskal-Wallis
	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	.055	.337	.223	
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	.000	.237		.590
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	.000	.064		.099
d. Implementar ações reparadoras	.056	.422	.235	
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self	.002	.037		.594
f. Consolidar a mudança	.000	.552		.205
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self	.101	.698	.527	

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo N

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à forma como os terapeutas sequenciam as fases do processo terapêutico

	Teste de Levene para igualdade de variâncias	Teste-t para Igualdade de Médias	Teste U de Mann- Whitney
	Sig.	Sig.	Sig.
a. Regular a responsabilidade na manutenção e modificação das suas queixas	.469	.883	
b. Sentir confiança e motivação relativas ao processo terapêutico	.015		.478
c. Antecipar o futuro e prevenir recaídas	.274	.533	
d. Implementar acções reparadoras	.120	.514	
e. Construir novos significados relativos à experiência e ao Self	.894	.395	
f. Consolidar a mudança	.514	.656	
g. Promover o aumento da consciência da experiência e do Self	.569	.769	

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo O

Média e desvio padrão da relevância de promover os objectivos estratégicos

Média e desvio padrão da relevância de promover os objectivos estratégicos

	N	Média	Desvio Padrão
18. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio/a	22	6.46	1.26
4. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades	22	6.41	1.37
10. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito	22	6.23	1.54
29. Procuro ajudá-lo(a) a sentir-se numa relação de colaboração comigo	22	6.23	.75
17. Procuro ajudá-lo(a) a ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a)	22	6.23	.69
3. Procuro ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito	22	6.18	1.01
33. Procuro ajudá-lo(a) a assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido	22	6.18	.73
1. Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida	22	6.14	.71
19. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamento problemáticos	22	6.09	1.66
23. Procuro ajudá-lo(a) a reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas	22	6.09	.97
8. Procuro ajudá-lo(a) a projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo	22	6.00	1.16
26. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo(a)	22	6.00	1.66
13. Procuro ajudá-lo(a) a compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais	22	5.96	.90
24. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade	22	5.96	1.53
15. Procuro ajudá-lo(a) a cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento	22	5.91	.87
34. Procuro ajudá-lo(a) a lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento	22	5.91	.81
16. Procuro ajudá-lo(a) a sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o/a ajudar	22	5.86	1.32
5. Procuro ajudá-lo(a) a antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico	22	5.86	1.21
35. Procuro ajudá-lo(a) a fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo	22	5.86	1.25
14. Procuro ajudá-lo(a) a sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia	22	5.82	1.44
22. Procuro ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento	22	5.82	1.33
7. Procuro ajudá-lo(a) a sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico	22	5.77	1.15
11. Procuro ajudá-lo(a) a compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades	22	5.73	1.28
30. Procuro ajudá-lo(a) a assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros	22	5.73	.99
12. Procuro ajudá-lo(a) a agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades	22	5.73	1.32

31. NÃO PROCURO ajudá-lo(a) a negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível	22	5.68	1.81
20. Procuro ajudá-lo(a) a sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo(a)	22	5.59	1.14
2. Procuro ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente	22	5.50	1.10
21. Procuro ajudá-lo(a) a superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores	22	5.50	1.26
25. Procuro ajudá-lo(a) a lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades	22	5.50	1.26
27. Procuro ajudá-lo(a) a afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade	22	5.50	1.19
9. Procuro ajudá-lo(a) a traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento)	22	5.36	1.50
6. Procuro ajudá-lo(a) a generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida	22	5.36	1.05
28. Procuro ajudá-lo(a) a escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal	22	5.27	1.39
32. Procuro ajudá-lo(a) a desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas	22	5.00	1.20

Anexo P

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas

Análise de Variância (ANOVA) para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas

	Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene)	ANOVA	Kruskal- Wallis
	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
CMER	.00	.18		.41
ACES	.00	.64		.01
CNSRES	.00	.44		.01
RR	.00	.98		.09
IAR	.00	.68		.27
CM	.00	.36		.52
AFPR	.00	.86		.20

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo Q

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas

Teste T-Student para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente à relevância atribuída aos exemplos de objectivos estratégicos presentes nas diferentes subescalas

	Teste de Levene para igualdade de variâncias Sig.	Teste-t para Igualdade de Médias Sig.	Teste U de Mann-Whitney Sig.
CMER	.56	.12	
ACES	.30	.16	
CNSRES	.00		.34
RR	.30	.26	
IAR	.04		.21
CM	.41	.81	
AFPR	.84	.14	

Nota: diferenças significativas quando $p < .05$

Anexo R

Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

**Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de
terapeutas (OTP, OTCC e OTI) relativamente ao grau de acordo no que diz
respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos
estratégicos**

		Frequência			Percentagem			Teste do Qui-quadrado
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sig.
1. Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia.	OTP	1	5	6	17	83	100	.30
	OTCC	5	2	7	71	29	100	
	OTI	6	1	7	86	14	100	
	Total	12	8	20	60	40	100	
2. Faço ligações entre a situação actual do/a meu/minha cliente e o seu passado.	OTP	6	0	6	100	0	100	.38
	OTCC	6	1	7	86	14	100	
	OTI	7	0	7	100	0	100	
	Total	19	1	20	95	5	100	
3. Foco-me na identificação de partes da personalidade do/a meu/minha cliente que estavam em conflito, como: “Uma parte que quer ser mais próxima dos outros e outra que não quer”.	OTP	5	1	6	83	17	100	.16
	OTCC	4	3	7	57	43	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	15	4	19	79	21	100	
4. Pego ao/à meu/minha cliente que visualize cenas ou situações específicas em detalhe.	OTP	2	4	6	33	67	100	.05
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	12	6	18	67	33	100	
5. Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações ou eventos específicos que tendem a preceder o seu comportamento problemático.	OTP	5	1	6	83	17	100	.32
	OTCC	7	0	7	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	18	1	19	95	5	100	
6. Foco-me frequentemente nas experiências recentes do/a meu/minha cliente.	OTP	4	2	6	67	33	100	.11
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
7. Trabalho para dar ao/à meu/minha cliente esperança ou encorajamento.	OTP	6	0	6	100	0	100	.17
	OTCC	5	2	7	71	29	100	
	OTI	5	0	5	100	0	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
8. Transmito a minha crença na eficácia dos métodos que estou a utilizar para ajudar o/a meu/minha cliente.	OTP	5	1	6	83	17	100	.46
	OTCC	4	3	7	57	43	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	14	5	19	74	26	100	
9. O/a meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele/ela tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: fumar, comer,	OTP	1	5	6	17	83	100	<0.001
	OTCC	6	1	7	86	14	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	13	6	19	68	32	100	

fazer exercício, verificar algo repetidamente, dizer ou pensar certas coisas, magoar-se a si próprio/a.

10. Devolvo ao/à meu/minha cliente (parafraseando) o significado do que ele/ela está a dizer.	OTP	5	1	6	83	17	100	.59
	OTCC	6	1	7	86	14	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	2	19	89	11	100	
11. Encorajo o/a meu/minha cliente a reconhecer ou nomear sentimentos que tem dentro ou fora da sessão.	OTP	6		6	100	0	100	n.a. ^a
	OTCC	7		7	100	0	100	
	OTI	6		6	100	0	100	
	Total	19		19	100	0	100	
12. Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre sentimentos que anteriormente evitou ou que nunca expressou.	OTP	5	1	6	83	17	100	.59
	OTCC	6	1	7	86	14	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	2	19	89	11	100	
13. Assinalo situações nas quais o comportamento do/a meu/minha cliente parece inconsistente com o que está a dizer, como quando: de repente muda de humor ou assunto; permanece em silêncio por um longo período de tempo; ri, sorri, desvia o olhar, ou está desconfortável; evita falar acerca de assuntos ou pessoas específicos.	OTP	6	0	6	100	0	100	.57
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
14. Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre o que lhe surgir na mente.	OTP	6	0	6	100	0	100	.35
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
15. Encorajo ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos como: relaxar os seus músculos, controlar as suas emoções, ser assertivo/a com os outros, agir em situações sociais.	OTP	0	6	6	0	100	100	<0.001
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	11	7	18	61	39	100	
16. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar sobre, olhar para ou a tocar em coisas que tem medo.	OTP	4	2	6	67	33	100	.30
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	15	3	18	83	17	100	
17. Revejo ou atribuo exercícios para trabalho de casa, como: registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão e/ou praticar certos comportamentos.	OTP	0	6	6	0	100	100	<0.001
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	5	0	5	100	0	100	
	Total	11	6	17	65	35	100	
18. Sou caloroso/a, compreensivo/a e aceitante.	OTP	6		6	100	0	100	n.a. ^a
	OTCC	6		6	100	0	100	
	OTI	6		6	100	0	100	
	Total	18		18	100	0	100	
	OTP	6	0	6	100	0	100	.35

19. Assinalo temas ou problemas recorrentes nas relações do/a meu/minha cliente.	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
20. Falo sobre a função ou o propósito que o problema do/a meu/minha cliente pode ter, como: permite-lhe que evite responsabilidades; mantém os outros afastados dele/dela.	OTP	6	0	6	100	0	100	.35
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
21. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar outras explicações para acontecimentos ou comportamentos, para além das que lhe vêm à mente em primeiro lugar.	Total	17	1	18	94	6	100	.57
	OTP	5	1	6	83	17	100	
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
22. Estabeleço ligações entre a forma como o/a meu/minha cliente age ou sente relativamente a mim e a forma como age ou sente nas suas outras relações.	OTI	6	0	6	100	0	100	.12
	Total	16	2	18	89	11	100	
	OTP	5	1	6	83	17	100	
23. Encorajo o/a meu/minha cliente a aperceber-se das escolhas que tem na sua vida.	OTCC	2	4	6	33	67	100	.35
	OTI	4	2	6	67	33	100	
	Total	11	7	18	61	39	100	
24. O/a meu/minha cliente e eu falamos acerca dos seus sonhos, fantasias ou desejos.	OTP	5	1	6	83	17	100	.30
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
25. Encorajo o/a meu/minha cliente a ponderar as consequências positivas e negativas de agir de uma nova forma.	Total	17	1	18	94	6	100	.35
	OTP	5	1	6	83	17	100	
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
26. Faço da sessão um espaço no qual o/a meu/minha cliente pode melhorar ou resolver os seus problemas.	OTI	6	0	6	100	0	100	.35
	Total	17	1	18	94	6	100	
	OTP	6	0	6	100	0	100	
27. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a identificar as consequências (positivas ou negativas) do seu comportamento.	OTCC	6	0	6	100	0	100	n.a. ^a
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
28. O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos juntos como uma equipa.	OTP	6	0	6	100	0	100	.35
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
29. Dou ao /à meu/minha cliente conselhos ou sugiro-lhe soluções práticas para o seu problema.	Total	17	1	18	94	6	100	.14
	OTP	0	6	6	0	100	100	
	OTCC	3	3	6	50	50	100	
30. Partilho informação pessoal com o/a meu/minha cliente.	OTI	2	4	6	33	67	100	.30
	Total	5	13	18	28	72	100	
	OTP	0	6	6	0	100	100	
	OTCC	2	4	6	33	67	100	

	OTI	1	5	6	17	83	100	
	Total	3	15	18	17	83	100	
31. Oíço atentamente o que o/a meu/minha cliente está a dizer.	OTP	6	0	6	100	0	100	n.a. ^a
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	18	0	18	100	0	100	
32. Explico frequentemente o que eu estou a tentar fazer.	OTP	3	3	6	50	50	100	.93
	OTCC	3	3	6	50	50	100	
	OTI	3	2	5	60	40	100	
	Total	9	8	17	53	47	100	
33. Guio a conversa a maior parte do tempo.	OTP	0	6	6	0	100	100	.57
	OTCC	1	5	6	17	83	100	
	OTI	1	5	6	17	83	100	
	Total	2	16	18	11	89	100	
34. Saliento como os conflitos entre certas partes da personalidade do/a meu/minha cliente estão na base dos seus problemas.	OTP	5	1	6	83	17	100	.21
	OTCC	2	4	6	33	67	100	
	OTI	3	3	6	50	50	100	
	Total	10	8	18	56	44	100	
35. Encorajo o/a meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos.	OTP	1	5	6	17	83	100	.01
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	4	2	6	67	33	100	
	Total	11	7	18	61	39	100	
36. Foco a atenção nas formas como o/a meu/minha cliente lida com os seus problemas.	OTP	4	2	6	67	33	100	.11
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
37. Encorajo o/a meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições.	OTP	1	5	6	17	83	100	.02
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	11	7	18	61	39	100	
38. Exploro os sentimentos do/a meu/minha cliente em relação à terapia.	OTP	6	0	6	100	0	100	.35
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
39. Encorajo o/a meu/minha cliente a ver o seu problema numa perspectiva diferente.	OTP	4	2	6	67	33	100	.11
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
40. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar o significado pessoal de uma situação ou de um sentimento.	OTP	6	0	6	100	0	100	.11
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	16	2	18	89	11	100	
41. Abordo frequentemente nas experiências de infância do/a meu/minha cliente.	OTP	3	3	6	50	50	100	.05
	OTCC	0	6	6	0	100	100	
	OTI	4	2	6	67	33	100	
	Total	7	11	18	39	61	100	

42. Concentro-me em melhorar a capacidade do/a meu/minha cliente em resolver os seus próprios problemas.	OTP	5	1	6	83	17	100	.35
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
43. Encorajo o/a meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir.	OTP	1	5	6	17	83	100	.01
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	12	6	18	67	33	100	
44. Coloco o/a meu/minha cliente a fazer role-plays (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações.	OTP	1	5	6	17	83	100	.02
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	11	7	18	61	39	100	
45. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como se relaciona com os outros, como é que este estilo de relacionamento se desenvolveu, e como está na base dos seus problemas.	OTP	6	0	6	100	0	100	.35
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	17	1	18	94	6	100	
46. Transmito o meu interesse em tentar compreender o que é que o/a meu/minha cliente está a experienciar.	OTP	6	0	6	100	0	100	n.a. ^a
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	18		18	100	0	100	
47. Encorajo o/a meu/minha cliente a focar-se na sua experiência momento-a-momento.	OTP	3	3	6	50	50	100	.33
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	13	5	18	72	28	100	
48. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema deriva de certas crenças ou regras que segue.	OTP	2	4	6	33	67	100	.01
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	14	4	18	78	22	100	
49. Encorajo o/a meu/minha cliente a questionar as suas crenças ou a descobrir falhas no seu raciocínio.	OTP	3	3	6	50	50	100	.14
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	13	5	18	72	28	100	
50. Foco a atenção numa preocupação específica nas relações do/a meu/minha cliente, como: desentendimentos ou conflitos, mudanças significativas, perda de um ente querido, solidão.	OTP	1	5	6	17	83	100	.14
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	4	2	6	67	33	100	
	Total	9	9	18	50	50	100	
51. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar de que maneiras pode fazer mudanças nas suas relações, como formas de: resolver um conflito numa relação, satisfazer uma necessidade, estabelecer novas relações ou contactar velhos amigos, evitar problemas que	OTP	3	3	6	50	50	100	.47
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	5	1	6	83	17	100	
	Total	12	6	18	67	33	100	

experienciou em relações anteriores.								
52. Avalio os ganhos que o/a meu/minha cliente faz durante a terapia.	OTP	4	2	6	67	33	100	.30
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	15	3	18	83	17	100	
53. Avalio as dificuldades que o/a meu/minha cliente está a experienciar no momento.	OTP	3	2	5	60	40	100	.08
	OTCC	6	0	6	100	0	100	
	OTI	5	0	5	100	0	100	
	Total	14	2	16	88	13	100	
54. Encorajo o/a meu/minha cliente a examinar as sua relações com os outros, como: aspectos positivos e negativos das suas relações, o que é que quer e o que é que os outros querem dele/dela, a forma como age nas relações.	OTP	4	2	6	67	33	100	.14
	OTCC	3	3	6	50	50	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	13	5	18	72	28	100	
55. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar de que formas se pode preparar para futuras mudanças significativas nas suas relações, como: aprender novas aptidões; arranjar novos amigos.	OTP	4	2	6	67	33	100	.30
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	15	3	18	83	17	100	
56. Tanto aceito o/a meu/minha cliente por aquilo que é, como o/a encorajo a mudar.	OTP	4	2	6	67	33	100	.30
	OTCC	5	1	6	83	17	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	15	3	18	83	17	100	
57. Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações nas quais os seus sentimentos foram invalidados, como: momentos em que uma pessoa significativa disse ao/à meu/minha cliente que os seus sentimentos estavam errados; situações nas quais o/a meu/minha cliente teve sentimentos fortes que pareciam inapropriados.	OTP	4	2	6	67	33	100	.28
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	6	0	6	100	0	100	
	Total	14	4	18	78	22	100	
58. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar em, ou a estar consciente de coisas na sua vida sem as julgar.	OTP	3	3	6	50	50	100	.84
	OTCC	4	2	6	67	33	100	
	OTI	3	2	5	60	40	100	
	Total	10	7	17	59	41	100	
59. Deixo claro que o problema do/a meu/minha cliente era uma condição médica tratável.	OTP	1	5	6	17	83	100	1
	OTCC	1	5	6	17	83	100	
	OTI	1	5	6	17	83	100	
	Total	3	15	18	17	83	100	
60. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como os seus problemas se deveram a dificuldades nas suas relações sociais.	OTP	5	1	6	83	17	100	.47
	OTCC	3	3	6	50	50	100	
	OTI	4	2	6	67	33	100	
	Total	12	6	18	67	33	100	

^a n.a.: não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado

Anexo S

Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes) relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados para promover os objectivos estratégicos

**Frequências descritivas e Teste do Qui-quadrado para os diferentes grupos de
terapeutas (terapeutas mais experientes vs. terapeutas menos experientes)
relativamente ao grau de acordo no que diz respeito às técnicas e procedimentos
utilizados para promover os objectivos estratégicos**

		Frequência			Percentagem			Teste do Qui- Quadrado
		≤ 5 anos	> 5 anos	Total	≤ 5 anos	> 5 anos	Total	Sig.
1. Defino uma agenda ou estabeleço objectivos específicos para a sessão de terapia.	Sim	9	3	12	45	15	60	.03
	Não	2	6	8	10	30	40	
	Total	11	9	20	55	45	100	
2. Faço ligações entre a situação actual do/a meu/minha cliente e o seu passado.	Sim	11	8	19	55	40	95	.27
	Não	0	1	1	0	5	5	
	Total	11	9	20	55	45	100	
3. Foco-me na identificação de partes da personalidade do/a meu/minha cliente que estavam em conflito, como: "Uma parte que quer ser mais próxima dos outros e outra que não quer".	Sim	9	6	15	47	32	79	.21
	Não	1	3	4	5	16	21	
	Total	10	9	19	53	47	100	
4. Peço ao/à meu/minha cliente que visualize cenas ou situações específicas em detalhe.	Sim	7	5	12	39	28	67	.74
	Não	3	3	6	17	17	33	
	Total	10	8	18	56	44	100	
5. Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações ou eventos específicos que tendem a preceder o seu comportamento problemático.	Sim	10	8	18	53	42	95	.28
	Não	0	1	1	0	5	5	
	Total	10	9	19	53	47	100	
6. Foco-me frequentemente nas experiências recentes do/a meu/minha cliente.	Sim	10	6	16	56	33	89	.09
	Não	0	2	2	0	11	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	
7. Trabalho para dar ao/à meu/minha cliente esperança ou encorajamento.	Sim	8	8	16	44	44	89	.18
	Não	2	0	2	11	0	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	
8. Transmito a minha crença na eficácia dos métodos que estou a utilizar para ajudar o/a meu/minha cliente.	Sim	8	6	14	42	32	74	.51
	Não	2	3	5	11	16	26	
	Total	10	9	19	53	47	100	
9. O/a meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele/ela tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: fumar, comer, fazer exercício, verificar algo repetidamente, dizer ou pensar certas coisas, magoar-se a si próprio/a.	Sim	8	5	13	42	26	68	.25
	Não	2	4	6	11	21	32	
	Total	10	9	19	53	47	100	
10. Devolvo ao/à meu/minha cliente (parafraseando) o	Sim	10	7	17	53	37	89	
	Não	0	2	2	0	11	11	

significado do que ele/ela está a dizer.	Total	10	9	19	53	47	100	0,115
11. Encorajo o/a meu/minha cliente a reconhecer ou nomear sentimentos que tem dentro ou fora da sessão.	Sim	10	9	19	53	47	100	n.a. ^a
	Não	0	0	0	0	0	0	
	Total	10	9	19	53	47	100	
12. Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre sentimentos que anteriormente evitou ou que nunca expressou.	Sim	9	8	17	47	42	89	.94
	Não	1	1	2	5	5	11	
	Total	10	9	19	53	47	100	
13. Assinalo situações nas quais o comportamento do/a meu/minha cliente parece inconsistente com o que está a dizer, como quando: de repente muda de humor ou assunto; permanece em silêncio por um longo período de tempo; ri, sorri, desvia o olhar, ou está desconfortável; evita falar acerca de assuntos ou pessoas específicos.	Sim	9	7	16	50	39	89	.87
	Não	1	1	2	6	6	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	
14. Encorajo o/a meu/minha cliente a falar sobre o que lhe surgir na mente.	Sim	10	7	17	56	39	94	.25
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	
15. Encorajo ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos como: relaxar os seus músculos, controlar as suas emoções, ser assertivo/a com os outros, agir em situações sociais.	Sim	7	4	11	39	22	61	.39
	Não	3	4	7	17	22	39	
	Total	10	8	18	56	44	100	
16. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar sobre, olhar para ou a tocar em coisas que tem medo.	Sim	9	6	15	50	33	83	.39
	Não	1	2	3	6	11	17	
	Total	10	8	18	56	44	100	
17. Revejo ou atribuo exercícios para trabalho de casa, como: registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão e/ou praticar certos comportamentos.	Sim	8	3	11	47	18	65	.12
	Não	2	4	6	12	24	35	
	Total	10	7	17	59	41	100	
18. Sou caloroso/a, compreensivo/a e aceiteante.	Sim	10	8	18	56	44	100	n.a. ^a
	Não				0	0	0	
	Total	10	8	18	56	44	100	
19. Assinalo temas ou problemas recorrentes nas relações do/a meu/minha cliente.	Sim	10	7	17	56	39	94	.25
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	
20. Falo sobre a função ou o propósito que o problema do/a meu/minha cliente pode ter, como: permite-lhe que evite responsabilidades; mantém os outros afastados dele/dela.	Sim	9	8	17	50	44	94	.36
	Não	1	0	1	6	0	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	
21. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar outras explicações para acontecimentos ou comportamentos, para além das que lhe vêm à mente em primeiro lugar.	Sim	10	6	16	56	33	89	.09
	Não	0	2	2	0	11	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	
	Sim	7	4	11	39	22	61	

22. Estabeleço ligações entre a forma como o/a meu/minha cliente age ou sente relativamente a mim e a forma como age ou sente nas suas outras relações.	Não	3	4	7	17	22	39	
	Total	10	8	18	56	44	100	.34
23. Encorajo o/a meu/minha cliente a aperceber-se das escolhas que tem na sua vida.	Sim	10	7	17	56	39	94	
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.25
24. O/a meu/minha cliente e eu falamos acerca dos seus sonhos, fantasias ou desejos.	Sim	8	7	15	44	39	83	
	Não	2	1	3	11	6	17	
	Total	10	8	18	56	44	100	.67
25. Encorajo o/a meu/minha cliente a ponderar as consequências positivas e negativas de agir de uma nova forma.	Sim	10	7	17	56	39	94	
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.25
26. Faço da sessão um espaço no qual o/a meu/minha cliente pode melhorar ou resolver os seus problemas.	Sim	9	8	17	50	44	94	
	Não	1	0	1	6	0	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.36
27. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a identificar as consequências (positivas ou negativas) do seu comportamento.	Sim	10	8	18	56	44	100	
	Não				0	0	0	
	Total	10	8	18	56	44	100	n.a. ^a
28. O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos juntos como uma equipa.	Sim	9	8	17	50	44	94	
	Não	1	0	1	6	0	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.36
29. Dou ao /à meu/minha cliente conselhos ou sugiro-lhe soluções práticas para o seu problema.	Sim	1	4	5	6	22	28	
	Não	9	4	13	50	22	72	
	Total	10	8	18	56	44	100	.06
30. Partilho informação pessoal com o/a meu/minha cliente.	Sim	1	2	3	6	11	17	
	Não	9	6	15	50	33	83	
	Total	10	8	18	56	44	100	.39
31. Oiço atentamente o que o/a meu/minha cliente está a dizer.	Sim	10	8	18	56	44	100	
	Não				0	0	0	
	Total	10	8	18	56	44	100	n.a. ^a
32. Explico frequentemente o que eu estou a tentar fazer.	Sim	6	3	9	35	18	53	
	Não	3	5	8	18	29	47	
	Total	9	8	17	53	47	100	.23
33. Guio a conversa a maior parte do tempo.	Sim	1	1	2	6	6	11	
	Não	9	7	16	50	39	89	
	Total	10	8	18	56	44	100	.87
34. Saliento como os conflitos entre certas partes da personalidade do/a meu/minha cliente estão na base dos seus problemas.	Sim	5	5	10	28	28	56	
	Não	5	3	8	28	17	44	
	Total	10	8	18	56	44	100	.59
35. Encorajo o/a meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos.	Sim	7	4	11	39	22	61	
	Não	3	4	7	17	22	39	
	Total	10	8	18	56	44	100	.39
	Sim	9	7	16	50	39	89	
	Não	1	1	2	6	6	11	

36. Foco a atenção nas formas como o/a meu/minha cliente lida com os seus problemas.	Total	10	8	18	56	44	100	.88
37. Encorajo o/a meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições.	Sim	6	5	11	33	28	61	
	Não	4	3	7	22	17	39	
	Total	10	8	18	56	44	100	.91
38. Exploro os sentimentos do/a meu/minha cliente em relação à terapia.	Sim	10	7	17	56	39	94	
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.25
39. Encorajo o/a meu/minha cliente a ver o seu problema numa perspectiva diferente.	Sim	10	6	16	56	33	89	
	Não	0	2	2	0	11	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	.09
40. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar o significado pessoal de uma situação ou de um sentimento.	Sim	9	7	16	50	39	89	
	Não	1	1	2	6	6	11	
	Total	10	8	18	56	44	100	.88
41. Abordo frequentemente nas experiências de infância do/a meu/minha cliente.	Sim	3	4	7	17	22	39	
	Não	7	4	11	39	22	61	
	Total	10	8	18	56	44	100	.39
42. Concentro-me em melhorar a capacidade do/a meu/minha cliente em resolver os seus próprios problemas.	Sim	10	7	17	56	39	94	
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.25
43. Encorajo o/a meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir.	Sim	8	4	12	44	22	67	
	Não	2	4	6	11	22	33	
	Total	10	8	18	56	44	100	.18
44. Coloco o/a meu/minha cliente a fazer role-plays (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações.	Sim	8	3	11	44	17	61	
	Não	2	5	7	11	28	39	
	Total	10	8	18	56	44	100	.07
45. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como se relaciona com os outros, como é que este estilo de relacionamento se desenvolveu, e como está na base dos seus problemas.	Sim	10	7	17	56	39	94	
	Não	0	1	1	0	6	6	
	Total	10	8	18	56	44	100	.25
46. Transmito o meu interesse em tentar compreender o que é que o/a meu/minha cliente está a experienciar.	Sim	10	8	18	56	44	100	
	Não				0	0	0	
	Total	10	8	18	56	44	100	n.a. ^a
47. Encorajo o/a meu/minha cliente a focar-se na sua experiência momento-a-momento.	Sim	10	3	13	56	17	72	
	Não	0	5	5	0	28	28	
	Total	10	8	18	56	44	100	.003
48. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema deriva de certas crenças ou regras que segue.	Sim	9	5	14	50	28	78	
	Não	1	3	4	6	17	22	
	Total	10	8	18	56	44	100	.16
49. Encorajo o/a meu/minha cliente a questionar as suas crenças ou a descobrir falhas no seu raciocínio.	Sim	8	5	13	44	28	72	
	Não	2	3	5	11	17	28	
	Total	10	8	18	56	44	100	.41
50. Foco a atenção numa preocupação específica nas relações do/a meu/minha cliente, como: desentendimentos ou conflitos,	Sim	4	5	9	22	28	50	
	Não	6	3	9	33	17	50	
	Total	10	8	18	56	44	100	.34

mudanças significativas, perda de um ente querido, solidão.								
51. Encorajo o/a meu/minha cliente a explorar de que maneiras pode fazer mudanças nas suas relações, como formas de: resolver um conflito numa relação, satisfazer uma necessidade, estabelecer novas relações ou contactar velhos amigos, evitar problemas que experienciou em relações anteriores.	Sim	9	3	12	50	17	67	
	Não	1	5	6	6	28	33	
	Total							
		10	8	18	56	44	100	
52. Avalio os ganhos que o/a meu/minha cliente faz durante a terapia.	Sim	9	6	15	50	33	83	
	Não	1	2	3	6	11	17	
	Total	10	8	18	56	44	100	
53. Avalio as dificuldades que o/a meu/minha cliente está a experienciar no momento.	Sim	9	5	14	56	31	88	
	Não	1	1	2	6	6	13	
	Total	10	6	16	63	38	100	
54. Encorajo o/a meu/minha cliente a examinar as sua relações com os outros, como: aspectos positivos e negativos das suas relações, o que é que quer e o que é que os outros querem dele/dela, a forma como age nas relações.	Sim	9	4	13	50	22	72	
	Não	1	4	5	6	22	28	
	Total							
		10	8	18	56	44	100	
55. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar de que formas se pode preparar para futuras mudanças significativas nas suas relações, como: aprender novas aptidões; arranjar novos amigos.	Sim	10	5	15	56	28	83	
	Não	0	3	3	0	17	17	
	Total							
		10	8	18	56	44	100	
56. Tanto aceito o/a meu/minha cliente por aquilo que é, como o/a encorajo a mudar.	Sim	8	7	15	44	39	83	
	Não	2	1	3	11	6	17	
	Total	10	8	18	56	44	100	
57. Encorajo o/a meu/minha cliente a identificar situações nas quais os seus sentimentos foram invalidados, como: momentos em que uma pessoa significativa disse ao/à meu/minha cliente que os seus sentimentos estavam errados; situações nas quais o/a meu/minha cliente teve sentimentos fortes que pareciam inapropriados.	Sim	9	5	14	50	28	78	
	Não	1	3	4	6	17	22	
	Total							
		10	8	18	56	44	100	
58. Encorajo o/a meu/minha cliente a pensar em, ou a estar consciente de coisas na sua vida sem as julgar.	Sim	7	3	10	41	18	59	
	Não	3	4	7	18	24	41	
	Total	10	7	17	59	41	100	
59. Deixo claro que o problema do/a meu/minha cliente era uma condição médica tratável.	Sim	2	1	3	11	6	17	
	Não	8	7	15	44	39	83	
	Total	10	8	18	56	44	100	
60. Tento ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como os seus problemas se deveram a dificuldades nas suas relações sociais.	Sim	7	5	12	39	28	67	
	Não	3	3	6	17	17	33	
	Total							
		10	8	18	56	44	100	

^a n.a.- não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado